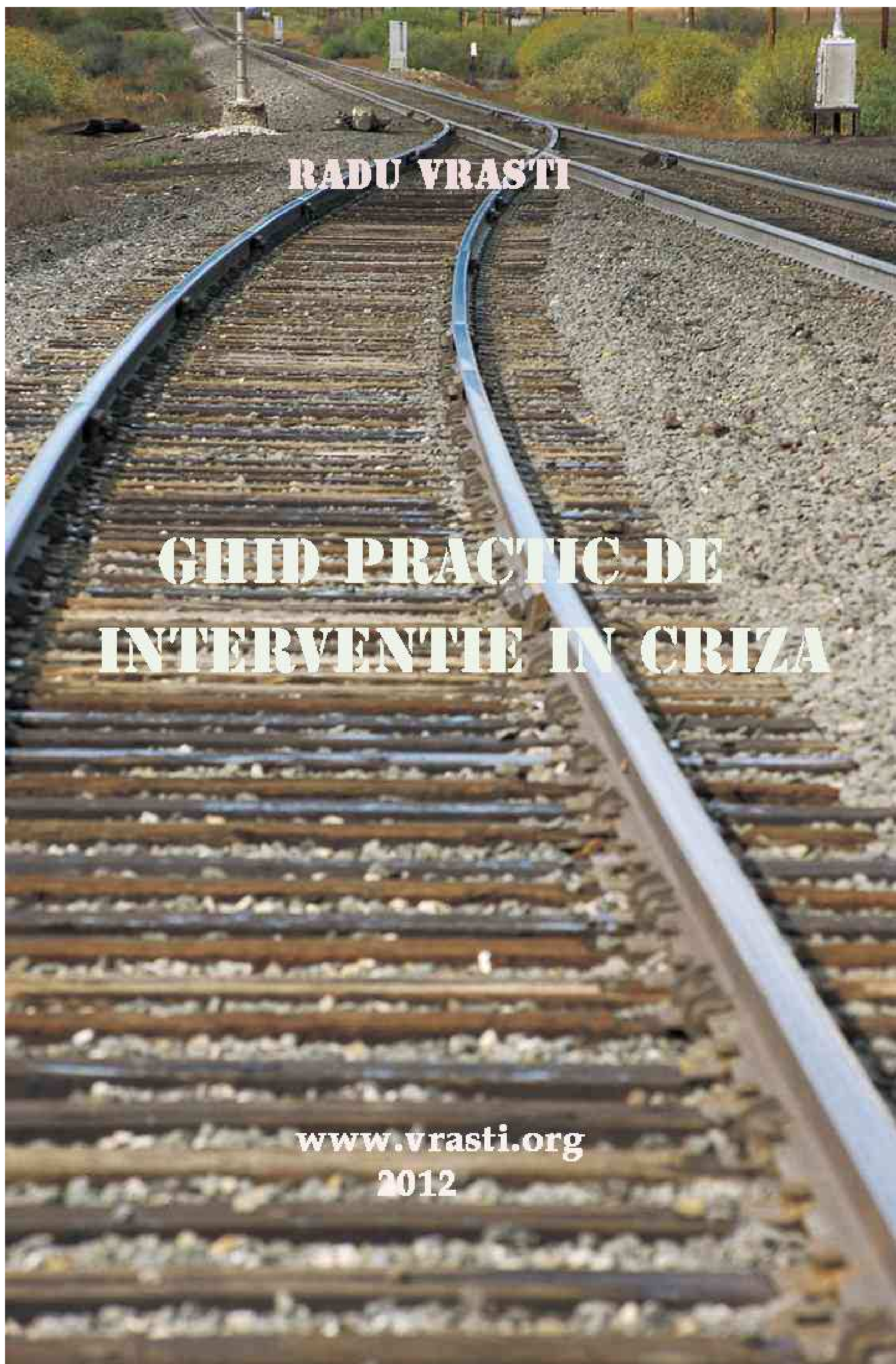

RADU VRASTI
GHID PRACTIC DE
INTERVENTIE IN CRIZA
www.vrasti.org
2012

GHID PRACTIC DE INTERVENTIE IN CRIZA

Radu Vrasti, MD, PhD
Huron Perth Healthcare Alliance
Mental Health Programs
Crisis Intervention Program
Stratford, Ontario
Canada

2012

CUVANT INAINTE

Iata ca s-au scurs opt ani de cand sunt in Canada si sapte ani de cand lucrez in programul de interventie in criza. Am inceput sa scriu acesta carte cu ideea de a ma alinia la conceptul de "open source", adica sa public pe internet "la liber" ceea ce altfel s-ar fi cuvenit sa fie pe hartie si aparat de drepturile de autor si sa incerc sa scriu o carte de antropologie aplicata sub pretextul interventiei in criza. Sunt doua idei dragi mie, pentru ca tin la democratizarea accesului la sursele stiintifice si pentru ca vreau sa marturisesc ceea ce am inteles din ipostazele dificile pe care oamenii le au punctual in viata lor si la care am fost martor si partas in programul de interventie in criza si la camera de garda a spitalelor la care am lucrat.

Mi-a facut placere deosebita sa scriu aceasta carte si as fi fericit sa stiu ca ea este de ajutor altora.

Pe tot parcursul scrierii acestei carti am simtit prietenia si sprijinul colegilor mei de aici, Cindy si Shannon, Jim si Nancy, Christy si Steph, Gery si Rhonda si toti ceilalti care au mai fost in program si a lui Penny, directoarea programelor de sanatate mentala de la Huron-Perth Healthcare Alliance, Stratford General Hospital, Ontario; fara ei nu as fi putut niciodata sa fiu un bun lucrator in criza si nu m-as fi simtit astazi implinit. Un gand duios pentru toti acesti oameni minunati, fata de familia mea care m-a sustinut in acest demers si pentru sotia mea, care mi-a ordonat gandurile si mi-a corectat unele capitole.

Dr. Radu Vrasti

Kitchener, ON, Mai 2012

Cuprins:

PARTEA I: DESPRE TEORIA CRIZEI

"Life is one crisis after another"
Richard M. Nixon

1. CE ESTE CRIZA

Se poate spune ca noi traim astazi intr-o societate globala, plina de evenimente generatoare de crize de tot felul atat la nivel social, cat si la nivel familial sau individual. Episoadele de criza au devenit situatia prevalenta in lumea de astazi. Din punct de vedere epistemologic evolutia fenomenolor de astazi, fie ele sociale, economice, poltice nu mai este liniara ci se realizeaza printr-o succesiune de crize. Insasi teoria evolutionista postuleaza ca trecerea de la un nivel la altul al evolutiei unui fenomen, de la un ciclu la altul, s-a facut si se face in continuare printr-un proces cataclismic, prin crize care au rolul de a segrega si purifica o variabila adaptativa fata de balastul nefolositor.

Milioane de oameni se confrunta zilnic cu evenimente care nu le pot face fata cu capacitatile proprii, fie ele dezastre naturale, foamete, seceta, probleme financiare, somaj, incertitudini politice, revolte sociale sau cel mai des, crize personale. Despre acestea din urma va fi vorba in aceasta carte.

Dictionarul Oxford da urmatoarea definitie a "crizei": un moment de dificultate intensa sau pericol; un moment cand o dificultate sau o decizie importanta trebuie sa fie facuta; un punct de cotitura a evolutiei unei boli, cand se produce o schimbare importanta indicand fie recuperarea, fie moartea.

Dictionarul explicativ al limbii romane da urmatoarele definitii ale crizei:
1. Manifestare a unor dificultati (economice, politice, sociale etc.); perioadă de tensiune, de tulburare, de incercari (adesea decisive) care se manifesta in societate; 2. Moment critic, culminant, in evolutia care preceda vindecarea sau agravarea unei boli; declansare brusca a unei boli sau aparitia unui acces brusc in cursul unei boli cornice; 3. Tensiune, moment de mare depresiune sufleteasca, zbucium.

Exista mai mult cuvinte care oamenii le folosesc pentru a descrie evenimente negative de viata, precum stres, necaz, urgenta sau criza si uneori acestea se folosesc impropriu, lucru ce genereaza confusie sau o suprapunere de semnificatii. Stresul nu este criza, este un eveniment care declanseaza o reactie nespecifica de aparare a organismului

fata de o agent/situatie amenintatoare, necazul este o situatie neplacuta, perceputa ca periculoasa sau jenanta, iar urgenta este o combinatie de circumstante care solicita actiune imediata. Necazul sau urgenta conduc la stres si stresul in sine are potentialul de a deveni o "criza". Daca necazurile sau stresurile devin crize depinde de abilitatea fiecaruia de a trata astfel de circumstante ale vietii (Hoff, 1978). "*Finalmente, criza nu este o tulburare mentala sau emotionala. Criza poate fi definite ca o situatie serioasa sau un punct de cotitura generat de un pericol sau de o oportunitate*" (Hoff, 1995).

Ca si construct conceptual de criza nu are un inteles foarte bine conturat sau o baza teoretica formala (Auerbach si Kilmann, 1977). Korchin (1976) spunea ca "in acest moment, conceptual de criza este mai mult o orientare si un mod de gandire decat o teorie". Cu toate acestea, de-a lungul anilor acest concept a devenit din ce in ce mai popular si a condus la formularea, organizarea si dezvoltarea de programe de interventie la nivelul servicilor de sanatate mentala comunitara. Ulterior teoria crizei si a interventiei in criza a capatat mai mult consistenta si astazi exista o literature intreaga care abordeaza aceasta problema si aproape ca nu exista comunitate din tarile vestice care sa nu aiba organizata o structura de raspuns si preventie la situatiile de criza.

Cuvintul "criza" derivat de la grecescul κρίσις (*krisis)* care inseamna decizie sau "punct de cotitura". El a fost introdus in domeniul sanatatii mentale de Erik Lindemann (1944) descriind reactia de doliu la pierderile suferite dupa un incendiu petrecut intr-o discoteca si ulterior de Gerald Caplan (1964) si echipa lui de la Universitatea Harvard care au studiat reactia familiilor de emigranti evrei in Israel imediat dupa cel de al II-lea razboi mondial. Lindemann descrie reactia de doliu la familiile celor decedati in incediul de la Boston's Coconut Grove Club in 1942, reactie acuta si constanta la toti cei examinati de el si care se caracteriza prin tulburari somatice, preocupare cu imaginea celui decedat, vinovatie, reactii ostile si manifetari comportamentale disfunctionale. Readaptarea dupa reactia la doliu a condus la formarea de noi relatii cu cei din jur si astfel el a pus bazele teoretice ale crizei si a rezolvarii ei.

Caplan concepea criza ca un raspuns scurt la un stres sever, raspuns care nu are structura unei boli dar care tradeza dezechilibrul mecanismelor individuale "homeostatice". Dupa el organismul se lupta sa mentina o balanta homeostatica cu ambianta exterioara, balanta care este continuu amenintata de stimuli fiziologici si psihologici. Cand aceasts

balanta este dezechilibrata, individual se angajeaza in activitati destinate sa o restaureze si astfel criza este definite ca o dezechilibrare temporara a echilibrului psihologic si fiziologic individual. Caplan considera ca criza apare cand o persoana se confrunta cu o problema pentru care nu are o solutie imediata si care pe moment pare de nedepasit. El spunea: "*O criza apare atunci cand o persoana se confrunta ca un obstacol important de viata si care pare pentru un timp insurmontabil prin utilizarea metodelor obisnuite de rezolvare a problemelor*" (Caplan, 1964). Aceasta stare se releva ca o tulburare emotionala, tensiune psihica, anxietate si inabilitate de functionare normala ceea ce conduce individul sa se adreseze structurilor de ingrijire psihiatrica/psihologica. Dupa Caplan starea de criza are trei caracteristici importante: i) dezechilibrul homeostaziei psihologice; ii) mecanismele uzuale de coping sunt depasite; iii) exista evidenta unui reactii sau disfunctii emotionale negative. Dupa Talpin (1971) conceptia lui Caplan asupra crizie este limitata pentru ca el vede individul doar ca un "reactor" si ignora faptul ca sunt si dezechilibre adaptative ale homeostaziei. Ideile lui despre criza au fost influentate de teoriile timpului, precum psihanaliza si teoria generala a sistemelor, de la care a imprumutat cenceptele de "homeostazie" si de "echilbru" al organismului. Astazi, teoria homestastaziei pare reductionista pentru ca nu permite incorporarea altor aspect comportamentale din criza si post-criza precum cresterea, dezvoltarea, schimbarea si actualizarea. Halpern (1973) merge mai departe si introduce si o interpretarea cognitivista afirmand ca criza este data de o interpretarea eronata, amenintatoare, a unui eveniment si de credinta incapacitatii personale de a depasi acest eveniment.

Luarea in considerare a reactivitatii individuale fata de evenimentele declansatoare ale crizei a ramas pana astazi ca un pilon al definitiei actuale a situatiei de criza. In felul acesta se recunoaste ca situatia ce genereaza criza este subiectiva si diferit definita si interpretata de la individ la individ (Hoff, 1995).

Parad (1966) si France (1982) continua ideile lui Lindemann si Caplan la care adauga rolul important pe care-l joaca perceptia individuala asupra factorilor stresanti. Astfel, principalele caracteristici ale crizei ar fi: 1. un eveniment declansator specific si identificabil; 2. perceptia ca situatia este stressanta si amenintatoare; 3. credinta in incapacitatea personala de depasire a evanimenului; 4. experinta unei stari emotionale de

discomfort caracterizata in principal prin frica, anxietate, tensiune si confuzie; 5. functionare deficitara.

Pentru a preveni unele confuzii, stresul nu trebuie asimilat cu criza pentru ca criza creiaza totdeauna stres, dar stresul nu creiaza totdeauna o situatie de criza. Fiecare persoana interpreteaza evenimentele stresante si situatia de criza in felul sau propriu, in functie de schemele cognitive, experienta anterioara, capacitatea de coping, resursele individuale si suportului proximal, etc. Exemple de situatii care conduc pe unii indivizi la declansarea unei crize ar fi: pierderea serviciului, separarea sau divortul, conflictele familiale sau munca, moartea unei personae apropiate, pierderi financiare, probleme legale, etc. Prezenta unui eveniment stresant bine definit este ceea ce diferentiaza criza de alte feluri de reactii stresante maladaptative (de exemplu reactii post-traumatice de stress, stari disociative, etc.). O alta dificultate exista in a discrimina o criza de o trauma. O criza este diferita de o trauma prin timpul scurt de aparitie si cat de repede este rezolvata. Multe din crize devin traume si invers, multe trauma devin crize. Totusi criza nu apare in izolare fata de stres, trauma sau boala ci intr-o relatie dinamica cu acestea, relatie determinata de canavaua culturala pe care se sprijina.

Pentru Carkhuff si Berenson (1977) criza apare atunci cand raspunsul individual la o situatie este inadecvat, pentru Belkin (1984) criza este o dificultate sau situatie personala care imobilizeaza sau stopeaza individual in controlul constient al situatiei de viata, iar pentru Brammer (1985) criza este o stare de dezorganizare in care indivizii se confrunta cu o profunda disolutie a capacitatii de coping in situatii care afecteaza realizarea unor importante scopuri personale.

Roberts (2000) defineste criza ca o perioada de dezechilibru psihologic ca rezultat a unui eveniment sau situatie perceptuta ca periculoasa si care nu poate fi remediata prin folosirea strategiilor familiare de coping. Ulterior, Roberts defineste criza aftfel: "*O disruptie acuta a homeostaziei psihologice fata de care mecanismele usuale de coping nu pot face fata si care conduce la distress si afectare a functionarii. Reactia subiectiva la experienta de viata stressnata cuprinde atat stabilitatea cat si abilitatea de coping si de functionare. Cauza majora a unei crize este impactul cu un eveniment stressant, traumatic sau hazardos care trebuie sa implineasca doua conditii necesare: 1) individual trebuie sa pereceapa evenimentul ca si cauza a necazului si 2) individual nu este capabil sa resolve*

*acest necaz prin mecanismele uzuale de coping. Criza are in mod obisnuit cinci faze: actiunea evenimentului hazardos, o stare vulnerabila sau de dezechilibru, un factor precipitant, o stare activ de criza bazata pe perceptia invidiului fata de ce se petrece si o faza de rezolutie a crizei" (*Roberts, 2005, p.778).

O definitie care sa subsumeze toate cele de mai sus ar fi cea a lui James si Gilliland (2005): "*Criza este o perceptie sau traire a unui eveniment sau situatie ca intolerabil de dificila si care depaseste resursele curente si mecanismele de coping*".

Definitiile succesive ale crizei si teoriile care au stat la baza lor nu fac altceva decat sa reproduce evolutia teoriilor generale folosite in alte discipline precum in epidemiologie, etiopatogenie sau psihopatologie. Ele au condus la o asa-zisa teorie largita a crizei care isi are originea in teoria psihanalitica, teoria sistemelor, teoriile ecologist-adaptationiste si teoria interpersonala rogeriana. Astfel, conform teoriei psihanalitice, criza poate fi inteleasa prin apelarea la inconstientul individului si a experientelor lui emotionale trecute, la fixatiile din copilarie si la modul prin care individual isi construieste "insight-ul" pe baza dinamicii acestei istorii personale. Conform teoriei sistemelor criza nu mai este o problema doar a individului ci si a ambiantei sociale si ambientale, toate subsistemele participante sunt intercorelate si schimabrea intr-unul se reflecta si la celelalte; acesta optica s-a reflectat ulterior in raspunsul conjugat din intervential in criza (James and Gilliland, 2005). Teoria adaptationista afirma ca persoana in criza isi va reveni cand comportamentele maladptative de coping vor fi inlocuite de altele potrivite situatiei. Aceasta inseamna promovarea unor scheme cognitive si a unor comportamente pozitive care sa conduca la cresterea rezilientei si la o functionare adecvata a individului. Teoria largita a crizei imprumuta de la teoria interpersonala rogeriana ideia ca stima de sine, deschiderea, increderea, impartasirea, siguranta, empatia si naturaletea sunt trasaturile care il fac pe un individ sa depaseasca usor stuatii de criza prin capacitatea lui de a se valida, auto-actualiza si auto-evalua (Raskin si Rogers, 1995).

Dar exista si o definitie laica a crizei, dupa care oamenii se simt indreptatiti sa apeleze sau nu la un program de criza in anume ipostaza a vietii lor sau a altora. Pentru oamenii de rand o "criza' este orice situatie pe care nu o poate depasi, atat din cauza afectarii echilibrului biologic sau psihologic individual cat si/sau din necunoasterea modului de raspuns la o situatie neasteptata si amenintatoare. Astfel un individ care nu

poate sa resolve problema adapostului peste noapte, care nu are ce manca sau a unui adolescent care a fugit de acasa pot constitui tot atatea situatii de criza din cauza ca acesti indivizi nu pot rezolva situatia punctuala in care se afla, cunosc unde sa se adreseze pentru indrumare, nu cunosc resursele comunitatii sau pentru ca sunt straini de locul in care se afla. Asta nu inseamna ca un individ se simte indreptatit sa apeleze la criza doar pentru ca nu cunoaste mersul trenurilor sau a autobuzelor, dar poate cere o indrumare depre unde este localizat un adapost sau a cantina de ajutor popular.

Pentru mine, elementele cele mai importante in definirea unei crize sunt perceptia individuala asupra evenimentului declansator si pereceptia asupra capacitatii proprii de depasire sau rezolvare a situatiei de criza. Alaturi de acestea trebuie discutat si faptul ca declansarea unei crize nu este o situatie liniara ci se poate produce prin actiunea unor evenimente ce pot actiona secvential sau conjugat, actiune care submineaza progresiv competenta de coping a individului si care intra in criza doar la actiunea ultimului eveniment, chiar daca acesta, teoretic ar fi fost usor depasit in alte circumstante. Nu este vorba de actiunea cumulative a unor factori stresanti ci mai mult de deteriorarea progresiva, cumulative a capacitatii individuale de coping, de reactivare a unor scheme maladaptative cognitive care il conduc pe individ la fixatie intr-o ipostaza de incertitudine, negativista, si defetista; factorii cognitivi precum atributiile, expectatiile, credintele, atitudinile joaca un rol esential la fe ca si situarea locusului de control, inafara sau inauntru subiectului.

Teoria largita a crizei a condus si la conturarea unui deznodamant pozitiv al crizei. Confruntarea cu un eveniment declansator al unei crize si cu derularea ei cu toate costurile pe care le incumba nu rezulta numai intr-un dezechilibru psihologic ci poate conduce si la cresterea capacitatii de coping, dobandirea unor abilitati noi si in final la cresterea rezilientei individuale. In acest fel criza poate fi privita ca si o oportunitate de unde si sloganul lucratorilor de criza care spune ca "*in fiecare criza exista un sambure al dezvoltarii personale*". Aici trebuie amintit ca traducerea in chineza a cuvantului criza se face prin doua cuvinte care in mod paradoxal inseamna in mod separat pericol si oportunitate (Green si altii, 2000).

2. ISTORICUL CONCEPTULUI DE CRIZA

Criza, ca si experienta de viata, exista de la inceputurile istoriei umane recunoscandu-se astfel doza de hazard ce presupune o existenta normala. Ca si concept

utilizat de profesionistii sanatatii mentale, criza a aparut destul de tarziu. Pana in 1969, cand a aparut prima o carte referitoare la criza si la corolarul ei, interventia in criza, se considera ca criza este o problema a fiecarui individ in parte si nu o disciplina particulara care sa colecteze ceea ce este comun tuturor experientelor individuale. Larga audienta a teoriei psihodinamice freudiene, descoperirea neurolepticelor in anii '50 ai secolului trecut si pierderile umane ale celui de al 2-lea razboli mondial au condus la acumularea unor cunostinte specifice care s-au constituit ulterior intr-o disciplina aparte. Interesant este ca la inceput literatura despre criza se gasea in revistele de psihologie, asistenta sociala sau nursing si se vorbea de criza ca despre un incident experimentat de-a lungul cursului unei vietii normale, in timp ce psihiatria de urgenta nu vorbea de loc de "criza".

Ulterior criza si interventia in criza au fost identificate cu preventia suicidului. Suicidul era considerat sinonim cu criza si Farberow (1974) spunea ca "*suicidul este un epitom al crizei, cel mai bun exemplu de urgenta psihiatrica supraincarcata de emotii si care arata de fapt ca viata este un risc*". Primele servicii de preventie a suicidului a aparut in 1968 pe langa spitalul de copii din Los Angeles iar in 1972 erau déjà 185 de astfel de centre pe teritoriul SUA. Majoritatea acestor centre erau incadrate cu voluntari fara o pregatire specifica si cele mai multe din aceste centre furnizau doar informatii sau legatura cu institutii medicale specializate. Contactul cu clientul se facea mai mult la telefon si mult mai rar direct, fata in fata. Nu exista un model uniform de activitate in aceste centre si astfel era destul de greu sa se faca consideratii teoretice pe baza datalelor culese de acestea. Totusi ele au contribuit inca de la inceput la implicarea comunitatii in raspunsul la suicid si la situatiile de criza in general (Auerbach, 1977).

In 1944 Lindemann publica rezultatele observatiilor si evaluarilor longitudinale facute asupra a 101 indivizii care si-au piedut un membru de familie drag in incendiul de la Coconut Grove Club din Boston sau in razboiul mondial in curs la acea data si care au experiemntat reactii acute la doliu (Lindemann, 1944). Lindemann a putut sa constate rolul important jucat de personalul de ingrijire a acestor persone in depasirea durerii si doliului provocat de teribila pierdere. El spunea ca "*un management adecvat al reactiilor de doliu poate preveni perturbarile prelungite si severe ale adaptarii sociale, precum si tulburarile mental consecutive*". Ulterior, Lindemann a dezvoltat conceptual de criza emotionala exemplificat de reactiile de doliu sau de reactia indivizilor fata de situatii neasteptate si

amenintatoare. El considera ca desi acest fel de situatii genereaza stres la toti cei expusi, numai unii din acestia dezvolta crize emotionale si aceasta in functie de particularitatile lor de personalitate, experientele anterioare sau alti factori care ii vulnerabilizeaza in fata noilor circumstante; se poate spune ca acesti indivizi au resurse adaptative limitate, asa cum se poate spune ca cei care nu dezvolta crize sunt persoane reziliente sau cu capacitate mare de coping. El a conturat cinci faze prin care trec persoanele care experimenteaza doliul: tulburari somatice, retrairea imaginii celui decedat, vinovatie, reactii ostile, pierderea modelelor comportamentale. Bazat pe aceasta experienta, autorul a dezvoltat ulterior programe comunitare de sanatate mentala care sa raspunda la astfel de situatii de criza.

O alta contributie hotaratoare in dezvoltarea conceptului de criza o are Erik Erikson care alaturi de binecunoscuta lui teorie a dezvoltarii individuale introduce si ideia ca criza este un aspect normal al dezvoltarii umane si ca o rezolutie efectiva a acesteia contribuie la prevenirea unor tulburari de lung parcurs ale dezvoltarii individuale (Erikson, 1956; Pitcher si Poland, 1992).

Un alt moment de cotitura in istoria teoriei si practicii interventiei in criza il reprezinta lucrarile de psihiatrie preventiva ale lui Gerald Caplan de la Universitatea Harvard, Massachusetts. El a fost si un pionier al programelor de sanatate mentala in comunitate. In tratatul lui de psihiatrie preventiva afirma: "*termenul de psihiatrie preventiva se refera la cunostintele profesionale, atat practice cat si teoretice, care pot fi utilizate pentru a planifica si desfasura programe pentru reducerea: (1) incidentei tulburarilor mentale de toate tipurile din comunitate; (2)a duratei acestor boli si (3) a afectarii care poate rezulta dupa aceste boli*". (Caplan, 1964). Aceste consideratii au fundamentat ulterior teoria si practica interventiei in criza si a delimitat aceasta activitate ca o disciplina distincta in peisajul programelor si interventiilor de sanatate mentala in comunitate. Dupa Caplan, individul este vazut intr-un continuu echilibru emotional si principalul scop al mecanismelor de adaptare este sa-l conserve ca atare. Cand propriile strategii de coping sau de rezolvare a problemelor sunt depasite de un eveniment, echilibrul se deterioreaza si apare o stare de criza manifestata printr anxietate, incertitudine, confuzie sau dezorganizare. Dupa el, mentinerea starii de echilibru sau de sanatate mentala depinde de stadiul maturarii ego-ului, ce s-ar traduce prin capacitatea persoanei de a face fata

stresului sau anxietatii, gradul de recunoastere a realitatii si repertoriul macanismelor de coping. El descrie patru stadii ale reactiei la criza: cresterea tensiunii emotionale, perturbarea rutinei zilnice, aparitia depresiei si perturbarea homeostaziei mentale sau rezolvarea crizei prin metode de coping.

In anii ’60 ai seculului XX apar si primele centre de interventie in criza incluzand linii telefonice de criza, centre de raspuns la criza sau centre de preventie de criza in scoli (Slaikeu, 1990). Acum se implementeaza primele programe de sanatate mentala ca raspuns la interventia presedintelui JF Kennedy din “Message on Mental Illness and Mental Retardation” catre Congresul SUA si a directivelor din “Community Mental Health Centers Act” din 1963 care spunea printer altele ca: “*Congruent cu scopul serviciilor de sanatate mentala in comunitate este si accentual pe interventia timpurie cu scopul de a face ca probleme minore sa nu se transforme intr-o patologie severa*” (citat dupa Annandale, 2006). Serviciile de interventie in criza incep sa fie considerate ca parte integranta a oricarui program de sanatate mentala (Slaikeu, 1990). Tot acum apar si primele publicatii despre programul de criza, precum cele ale lui Parad (1965), Aguilera si colab.(1970) sau Halpern (1973).

Primele unitati care au gestionat crizele emotionale au fost spitalele de zi, apoi au aparut si structuri independente ca parte a sistemului psihiatric comunitar. De fapt, programele de criza s-au dezvoltat in paralel cu dezvoltarea psihiatriei comunitare si cu procesul de dezinstitutionalizare. Programul de interventie in criza a fost conceput inca din anii 60 ai secolului trecut ca o alternativa la spitalizare si ca un mod de a rezolva problemele legate de scaderea numarului de paturi in institutiile psihiatrice. Interesant este ca in acel timp interventia in criza a fost dedicate mai alespersoanelor cu un statut economic precar.

Interdisciplinaritatea a fost o trasatura constanta a echipei programului de interventie in criza, asa-zisa linie fierbinte (hotline) cu functionare de 24 ore si 7 zile pe saptamana. Ulterior, furnizarea de suport la telefon a persoanelor in criza a devenit o parte importanta a oricarui program de interventie in criza. Astazi exista o gama diversa de servicii in criza precum servicii de criza la telefon, servicii de criza “on-line”, care furnizeaza suport prin internet, servicii mobile de criza care se deplaseaza la locul “victimei” sau servicii specializate de criza, precum cele pentru persoane suicidare sau victime ale abuzurilor (violenta familiala, copilul abuzat. abuz sexual). Ca un numitor

comun al tuturor acestor programe sau structuri organizatorice este faptul ca ele sunt receptacolele problemelor persoanelor care cauta un ajutor si cele care aduc resursele comunitare cat mai aproape de cei care au urgent nevoie de ele.

Cu un oarecare decalaj in timp, programele de interventie in criza s-au raspandit apoi si in Europa, mai intai in Anglia si tarile nordice ca mai apoi sa devina comune in tot vestul continentului. Fie ca functioneaza independent sau ca sunt integrate intr-o retea de sanatate mentala comunitara, ele si-au dovedit pe deplin eficienta si valabilitatea prin raspunsul personalizat si rapid pe care-l ofera ori de cate ori este nevoie, de la crize individuale pana la suportul in dezastre naturale, conflicte armate, luare de ostateci sau acte de terorism.

3. MODUL DE APARITIE SI DE DEZVOLTARE A CRIZEI

In general se considera ca criza este data de aparitia brusca, neasteptata a unui eveniment de viata care intereseaza si afecteaza subiectul si care genereaza o situatie critica de inceretitudine referitor la capacitatea proprie de a-l depasi si astfel de a se reintoarce la situatia anterioara, cea de echilibru emotional si fizic si de liniste sufleteasca. De cele mai multe ori acest eveniment declansator este exterior subiectului, adica el este atribuit de subiect unor circumstante, factori sau conditii care au fost in afara abilitatii lui de ai prezice sau anticipa in forma sau intensitatea sub care au aparut in existanta subiectului respectiv. De aici vine calitatea specifica a evenimentului declansator al crizei, cea de eveniment de viata cu aparitie abrupta si neanticipata. Exemple de astfel de evenimente generatoare de criza sunt: pierderi financiare neasteptate, decesul brusc al unei personae apropriate, accidente variate, boli amenintatoare, schimbari la locul de munca, separari bruste de persoane dragi, divort, schimbare rapida de statut si rol social, etc.

Desi conform definitiei clasice a crizei in categoria factorilor declansatori ai crizei nu intra conditiile interne ale subiectului, precum simptome sau tulburari psihice, indivizii care au astfel de probleme si care punctual nu pot sa le depaseasca cu resursele proprii, obisnuiesc sa se adreseze centrelor de interventie in criza. Astfel, putem spune ca in definitia extinsa a crizei, alaturi de factorii exteriori subietului, pot participa la aparitia crizei si factori emotionali, psihologici sau psihopatologici, ca in cazul sentimentelor de singuratate, rejectie, de vinovatie, frica, deznadejde, panica, tristete, suspiciozitate, idei

paranoide, etc. (vezi Tabelul Nr. 1). Astfel, criza se defineste ca o disruptie a homeostaziei psihologice a individului provocata de factori neasteptati, externi sau interni, pe care individul nu-i poate intelege, accepta, sau depasi prin mecanismele si strategiile obisnuite lui.

Exista o confuzie semnatica intre criza, stress, tulburarea acuta de stress, trauma, tulburarea postraumatica de stress, situatie dificila si situatie de urgenta. In putine cuvinte se poate spune ca stressul psihic se manifesta ca o tensiune, presiune sau incordare aparuta in conditiile adaptarii la un agent stressanta intern sau extern. Aceasts reactie adaptativa solicita din plin sistemul nervos vegetativ, sistemul endocrin si cel imunitar. In functie de durata, intensitatea si raspunsul la un stres, reactia de stres poate fi adaptativa sau dezadaptativa, positiva sau negativa pentru homeostazia organismului. Situatia dificila este o situatie neplacuta, periculoasa sau grea, iar urgenta este o combinatie de circumstante care necesita o actiune imediata (Hoff, 1995).

Tabelul Nr. 1: Lista cu fatori, evenimente sau circumstante declansatoare de crize

DOMENIUL	
Sanatate	Aparitia neasteptata a unei boli sau dobandirea unui diagnostic de boala amenintatoare de viata
	Lipsa de acces la ingirijirea sanatatii proprii sau pentru un membru de familie
	Lipsa medicamentelor necesare pentru ingrijirea sanatatii
	Ingrijirea unui membru de familie grav bolnav
	Spitalizare indelungata care afecteaza individul sau familia proximala
Factori emotionali/psihologici	Depresie, tristete, lipsa de speranta
	Anxietate, panica, fobii
	Iritabilitate, manie, agresivitate
	Instabilitate emotionala
	Incapacitate de control al impulsurilor
	Diferite simptome psihice greu de controlat intr-un anume moment de viata
	Distress provocat de boli psihice existente
Suicid/automutilare/heteroagresiune	Prezenta gandurilor si dorinte suicidare
	Planuri si intentii suicidare
	Impulsuri de automutilare
	Impulsuri de a lovi/vatama pe altii
Victimizare	Viol
	Violenta domestica
	Violenta la locul de munca
	Jaf, hotie
	Lovituri in urma unui conflict fizic
	Martor la scene de violenta extrema/accidente

Tulburari comportamentale	Automutilare/tentative de suicid
	Agresivitate/violenta fizica fata de ceilalti
	Acte antisociale
	Agresiuni sexuale
	Ofense la adresa bunelor moravuri sau pace sociala
Factori ce afecteaza copii/adolescenti	Bascalie la scoala
	Violenta la scoala
	Pierderea prestigiului personal
	Suspendare/exmatriculare
	Despartire/separare de persoana iubita
	Divortul/separarea parintilor
	Abuz fizic/emotional al parintilor
	Abuz sexual
Factori legali	Divort/separare
	Disputa asupra custodiei copiilor
	Raspuneri civile/penale severe
	Accidente de circulatie si daune consecutive
	Dispute financiare
	Disputa asupra proprietatii, mosteniri, faliment
Dezastre naturale/sociale	Inundatii, furtuni, tornade
	Cutremure
	Incendii
	Seceta
	Foamete
	Conflicte armate
	Luarea de ostateci
	Acte de terorism
Factori familiali	Divort/separare
	Infidelitate
	Plecarea copilului de acasa
	Boala/decesul unei persoane dragi
	Violenta domestica
	Disputa au conflict, abuz emotional
	Modificarea brusca a statutului/rolului familial
Factori legati de ciclurile vietii	Adolescenta
	Climacteriu
	Batranete
	Mutarea intr-o institutie de ingrijiri pentru batrani
Factori personali	Abuz asupra imaginii proprii/stima de sine
	Pierderea unei persoane de atasament
	Trecerea dintr-un ciclu de viata intr-altul
	Conflicte interpersonale
	Violente interpersonale
	Pierderea autonomiei
	Disfunctionalitati si dizabilitati si limitari in functionare
Factori vocationali	Pierderea locului de munca
	Conflicte la locul de munca
	Incapacitate de acomodare cu cerintele noi ale locului de munca
	Incapacitate de a-si gasi un nou loc de munca
	Incapacitate de a achizitiona noi deprinderi profesionale
	Incapacitatea de a continua educatia profesionala

Criza este descrisa ca o schimbare rapida a starii functionale a individului, de cele mai multe ori survenita intr-o situatie contextuala neobisnuita pentru persoana care o traieste si care se manifesta in plan emotional sau comportamental. Ea se traduce printr-o reactie subiectiva, emotionala, la evenimentul declansator care compromite stabilitatea si abilitatea individului de coping si de functionare (Yeager si Roberts, 2003). Evenimentele psihosociale sunt cele mai intalnite cauze ce declanseaza situatii de criza, precum pierderea unei persone dragi, schimbarea brusca a rolului social, situatii amenintatoare privind homeostazia psihosociala a individului (vezi Tabelul Nr. 1). In schimb, tulburarea acuta de stress se caracterizeaza prin simptome de anxietate, disociative si altele consecutive unei expuneri la un stresor extrem, simptome care pot sa apara pana intr-o luna de la actiunea agentului traumatizant. Individual cu tulburare acuta de stress prezinta o scadere a modului de raspuns emotional facandu-l incapabil de a trai placerea in activitati altadata atractive si astfel determinandu-l sa aibe sentimente de vinovatie si esec.

Trauma psihologica se refera la o reactie caracteristic umana data de supraexpunerea la agent amenintator care duce la blocarea modalitatilor de adaptare si aparitia unei stari de hipervigilenta, frica, vinovatie, rusine, izolare, anxietate generate de retrairea evenimentului amenintator, cosmaruri (Roberets, 2003). Persistenta hiperevigilitatii, ca expresie a blocarii mecanismelor de adaptare, conduce la o continua rememorare a situatiei traumatice care se stocheaza difuz si se recheama haotic din variate circuite ale memoriei subiectului. Un eveniment traumatic este un eveniment extrem, sever, puternic, daunator sau amenintator care solicita un efort considerabil de coping, el este trait ca real si nu imaginat (Meichenbaum, 1994). O amenintare la integritatea corporala sau viata unui individ, daune fizice severe, moartea violenta a cuiva drag sunt exemple de astfel de traume. Astfel de evenimente sunt perceptute de subiect ca extreme de amenintatoare pentru ca el se simte in fata lor neputincios, fara ajutor, infricosat, socat, oripilat in functie de experientele lui anterioare, de schemele lui cognitive, de imaginarul colectiv, de credintele culturale locale. Trauma rupe ancorele psihologice care fixeaza subiectul intr-o zona de siguranta. Numitorul comun al evenimentelor traumatica este ca ele creiaza subiectului un sentiment de frica intensa, lipsa de ajutor, lipsa de control si teama de fi anihilat.

Tulburarea post-traumatica de stress (TPTS) este constituita dintr-un set de simptome care se dezvolta dupa ce un individ a fost implicat sau a fost martor a actiunii unui eveniment traumatic stresant extrem, precum o crima, viol, accident, dezastru natural, razboi, etc. TPTS este o tulburare psihica complexa, cu evolutie cronic interminenta, profund dizabilitanta, facand frecvent comorbiditate cu diverse alte tulburari psihiatrice precum depresia, anxietatea, panica, abuzul de alcool si alte substante, sau tulburarea borderline a personalitatii. Printre cele mai frecvente simptome sunt: sentimente de frica, deznadejdie si oroare, tulburari de somn, hipervigilenta, persistenta reamintire/retraire a evenimentului stressant, ganduri intruzive referitor la acest eveniment si consecintele lui si frecvente incercari nereusite de a evita si a se elibera de sub influenta acestor rememorari.

Bazati pe teoria generala a reactiei de adaptare la stres, Burgess si Roberts (2005) dezvolta teoria unui continuum intre stress, criza si trauma. Acest model sugereaza un proces interactiv continuu intre ambiata stresanta si individ, proces cu trei componente: evenimentul activator, reactia si consecinta. In functie de calitatea si intensitatea evenimentului activator, o situatie sau conditie poate deveni stresanta sau traumatica iar reactia, in functie de modul de recrutare a axei hipotalamo-hipofizaro-suprarenaliene, a zonelor limbice, amgdaliene si a celor prefrontale, deci in functie de implicarea endocrina, vegetativ, afectiva si cognitiva a subiectului, poate conduce la criza, reactie la stress, sau tulburare post-traumatica de stress; subiectul poate dezvolta diverse aspecte, variante sau severitati ale reactiei la stres, dar elementele crizei raman constante de-a lungul acestui continuu (vezi Tabelul Nr. 2).

Dezvoltarea unei crize. Evolutia unei crize se poate stadializa in felul urmator:

1. Aparitia evenimentului: Odata evenimentul stresant aparut cascada de reactii de adaptare se declanseaza rapid. In aceasta prima etapa caracteristicile evenimentului sunt foarte importante. Astfel, bruscheta aparitiei evenimentului, hazardul sau amenintarea pe care o anunta evenimentul, neanticiparea lui in nici o ipostaza, timpul de contact cu subiectul, respectiv persistenta evenimentului, sunt factori importanti in declansarea ulterioara a unei crize. La toate acestea se pot adauga aspectele cumulative rezultate din expunerea subiectului la diferiti alti factori care au actionat anterior si care au solicitat intens capacitatea de coping a subiectului si care l-au vulnerabilizat pentru agresiunile ulterioare.

2. Rezilienta subiectului: In contact cu evenimentul stresant subiectul raspunde cat poate de prompt cu metodele de coping aflate la indemana, respectiv cele mai uzitate si slefuite in timp. Daca balanta homeostatica este in continuare amenintata, lucru care tradeaza ineficienta primei linii de aparare, subiectul mobilizeaza si resurse aflate in rezerva, respectiv modalitati mai ample de coping si mai putin solicitate in trecut. Daca subiectul este déjà intr-un proces de adaptare cu evenimente aparute anterior iar evenimentul curent se subsumeaza celor anterioare, resursele lui sunt intinse la maximum si se poate spune ca subiectul este pe cale de a fi depasit iar el este intr-o faza vulnerabila.

NIVEL	TIP	INTERVENTIE
Nivelul 1 si 2	Distress sau criza tranzitorie situationala	Interventie in criza, ingrijire medicala la nivelul primar
Nivelul 3	Criza traumatica la stress	Terapie individuala sau de grup orientate pe trauma
Nivelul 4	Criza familiala	Terapie familiala sau de cuplu, management de caz, interventie in criza
Nivelul 5	Persoana in criza cu tulburari psihice	Interventie in criza, evaluare si urmarire ambulatorie psihiatrica, farmacoterapie,
Nivelul 6	Urgenta psihiatrica	Interventie in criza pentru stabilizare, tratament ambulator sau spitalizare psihiatrica
Nivelul 7	Crizele traumatice la catastrofe sau stressuri extreme si prelungite	Implicarea intervedntiilor multiple ca raspuns la trauma (interventia in criza, spitalizare sau ambulatory psihiatric, farmacoterapie, psihoterapie)

Tabelul Nr. 2: Continuum stress-criza-trauma (adaptat dupa Roberts si Yeager, 2009)

Daca subiectul este antrenat in a face fata la situatii neasteptate, amenintatoare, daca el are resurse construite in timp, ridicate pe o baza cognitive-emotionala solida si intarita de o retea sociala proximala de incredere, el va face fata cu succes si lovitura evenimentului stresant diminua treptat in invelisul de amortizare pe care subiectul il poseda déjà. Astfel, una este sa divortezi si ai multi prieteni si altceva este cand esti singur; intr-un fel vei vedea lucrurile cand esti religios si altfel cand nu esti si te apasa singuratatea si sentimente de neajutorare sau cand ti-a murit cineva drag.

3. Factorii precipitanti se pot interpune si ei pe lantul declansarii crizei. Ei se pot adauga evenimentului declansant, loviturii principale, pentru a creia o stare de dezechilibru

ce conduce tensiunea si anxietatea subiectului la apogeu. Factorii predispozanti pot coincide cu evenimentul perceput de subiect ca declansator, or pot fi doar factori cumulativi, neglijabili luati individual, dar a caror aparitie intr-un anume moment poate conduce la supraincarcare si deteriorare a echilibrului delicat al subiectului. Astfel, a avea rate la banca face mai amenintatoare situatia de a pierde serviciul.

4. Starea de criza activa este starea subiectiva pe care un subiect o descrie cand mecanismele lui de mentinere a homeostaziei emotionale sunt ineficiente, depasite sau deteriorate sub actiunea factorilor declansatori. Aceasta duce la eliberarea unei reactii emotionale cu caracter exploziv si subiectul este proiectat intr-o situatie de soc, incapabil de reactie, autoevaluare si mobilizare. Este faza in care subiectul ses simte dator sa caute ajutor si se adreseaza instantelor exterioare intr-o ierarhie in functie de disponibilitate, cunoastere a resurselor comunitare, pastrarii anonimatului, prezervatii stimei de sine sau a mentinerii integritatii fizice si psihologice a persoanei. Astfel, un subiect in criza poate lua in calcul sa se adreseze pentru ajutor familiei, unui prieten apropiat, vecinilor, medicului de familie, camerei de garda a unui spital sau programului de criza. Stare de criza activa se instaleaza parcurgand ea insasi unele stadii: i) cresterea rapida a tensiunii interne, cand subiectul se simte bruscat sub presiunea stimului neasteptat, socat si dezorientat, stare care duce rapid la dezorganizare comportamentala, afectiva si cognitiva; ii) mentinerea in platou a acestei dezorganizari, in care subiectul se simte anxios, inefectiv, haotic, cu incercari repetate de rezolvare a problemei si cresterea progresiva a nevoii de impartasire si ajutor exterior; iii) este faza in care subiectul incearca sa recruteze toate capacitatile proprii, resurse interne si externe, de rezolvare a crizei, pe baze cresterii vigilitatii, a suportului energetic si a capacitatilor cognitive-emotionale, etapa care poate duce la clarificare situatiei sau la confuzie si incercari haotice de eliberare. Mentinerea dezorganizarii si epuizarea mentala generate de multiple incercari de evadare din criza poate conduce la aparitia de stari psihotice, tendinte suicidare sau homicidare.

5. Rezolutia crizei sau rezolvarea crizei se poate face atunci cand, sub diferite forme, echilibrul emotional al subiectului se restabileste iar o recuperare a increderii in abilitatea proprie de a face fata este dobandita partial sau total sau cand subiectul a gasit suficiente resurse externe sau interne care sa contribuie la restabilirea competentei de coping si a reusit sa reformuleze pozitiv cauzalitatea, atributiile, responsabilitatea si incadrarea

temporala a situatiei critice. Stingerea crizei se poate face tot atat de repede pe cat a aparut sau treptat intr-un proces de revigorare. O situatie de criza aparuta la un subiect aflat intr-o aglomeratie si care declanseaza un atac de panica trece destul de repede daca el stie sau este ajutat sa utilizeze metode eficiente de cupare a atacului, pe cand o criza legata de plecarea unicului copil intr-un alt oras trece treptat pe masura ce comunicarea afectiva cu el se restabileste iar subiectul intelege ca maturarea copilului inseamna si desprinderea de cuibul originar. Daca in cele mai multe cazuri rezolutia crizei poate duce subiectul la stadiul pre-criza, exista si situatii in care stingerea crizei se face prin trecerea ei intr-un model cronic in care tulburarile emotionale si comportamentale au tendinta de a aparea din ce in ce mai usor si mai frecvent, dupa mici frustrari sau conflicte, altadata usor de depasit sau se trece la alt nivel diferit calitativ, de tulburare psihiatrica clinic bine conturata.

6. Reintegrarea de dupa criza presupune ca subiectul a recapatat statutul psiho-afectiv avut anterior. Aceasta se poate fece cu diferite "costuri" la care subiectul a fost supus de-a lungul desfasurarii procesului de rezolutie. Dar exista si cealalta fateta, cand subiectul a dobandit noi abilitati si cunostinte si astfel, o situatie similara viitoare va fi tratata diferit, cu competenta si eficacitate. Aceasta presupune ca subiectul a dobandit o perceptie cognitiva corecta e situatiei de criza si a elementelor ei componente, a invatat sa identifice emotiile proprii, se le denumeasca, sa le accepte, sa le incorporeze in narativele proprii si sa le adminstreze adecvat si nu in ultimul rand sa invete abilitati constructive de coping pe baza resurselor individuale. Acesta este deznodamantul dorit al unei crize, privita ca oportunitate si parte integranta a unui proces continuu de dezvoltare. Exista si eventualitatea nedorita ca rezolutia crizei sa se termine cu invatarea sentimentului de neajutorare, de lipsa de speranta si neincredere in propriile virtuti si capacitati. Subiectul devine mai vulnerabil la viitoare confruntari cu evenimente negative de viata si se constituie astfel premizele instalarii unei situatii de criza existentiala continua, de depresie, senzitivitate la incertitudine si cautarea externa a ajutorului pentru orisice.

Cum se manifesta o criza?. In general nu exista un tablou tipic al unei persoane aflate in criza. Prezentare unui individ in criza depinde de factori multipli, de la varsta, sex, pana la factori educationali si culturali. In tabelul Nr. 3 se face un inventar al reactiilor fizice si psihice obisnuite ale unui individu in criza cu mentiunea ca nici unul din ele nu este mai caracteristic ca altul ci doar aparitia brutala a unui manunchi de reactii care

exprima dezordinea emotionala pe care o traieste un indivd expus la un eveniment pe care nu-l poate depasi mental, fizic, social sau spiritual. Trebuie spus ca nu se poate vorbi de simptome in criza, toate manifestarile unei crize sunt expresia unei hiperalerte a sistemului vegetative, al unui dezechilibru emotional si posibil exacebarea unor tulburari psihopatologice preexistente aparitiei crizei.

Oboseala	Izolare, restragere sociale
Tulburari de somn	Sentimente de vinovatie, auto-blamare
Cosmaruri	Sentimente de lipsa de ajutor si deznadejde
Reactie de speriere	Confuzie emotionala
Dificultati de concentrare	Senzitivitate extrema
Dificultati de rezolvare a problemelor	Tulburari de memorie
Dificultati de luarea deciziilor	Anxietate, incertitudine, panica
Pierderea apetitului	Hipervigilenta si insomnie
Probleme digestive, greata, crampe, diaree	Sentiment de persecutie si suspiciozitate
Tensiune musculara	Tristete si idei suicidare
Cefalee	Explozii de manie
Ameteala, tulburari de echilibru	Agresivitate, iritabilitate
Instabilitate emotionala	Tendinta de externalizare, blamare a altora

Tabelul Nr. 3: Inventar cu reactii comune din timpul crizelor (adaptat dupa Roberts si Yeager, 2009)

<u>Cat dureaza o criza?</u> O criza nu poate dura indefinit, insasi numele ei arata ca este vorba de o stare tranzitorie. Individul nu poate tolera prea mult timp nivelul ridicat al emotiilor negative, anxietatea extrema, incertitudinea, tensiunea neurovegetativa sau dezorientarea comportamentala, individul realizeaza ca este pe o panta a epuizarii si de aceea, instinctiv, cauta o rezolutie a crizi, ori care ar fi ea. Durata unei crize poate sa se intinda de la cateva ore la cateva zile. Daca dureaza mai mult asistam la pasajul crizei intr-o alta forma de pe continuumul criza-trauma-tulburare psihica.

Se intampla uneori ca in perioada de efort de coping fata de situatia critica sa apara un alt eveniment negativ caruia individual trebuie sa-i faca fata. In aceasta situatie se poate ca subiectul sa inceapa sa ignore inconstient situatia anterioara si sa se focalizeze pe cea curenta, privita ca o prioritate. Nerezolvarea crizei anterioare se subsumeaza inconstient la cea actuala si reactiile emotionale si comportamentale se transfera pe situatia curenta si devin mai ample si de lunga durata; nu e vorba aici de o suma ci de aparitia unei crize calitativ diferita. De exemplu, durerea nerezolvata provocata de accidentarea copilului intr-un accident de circulatie se poate transfera in mania fata de alta situatie care are putina legatura cu criza anterioara precum un conflict la locul de munca pe care individual il traieste ca excesiv. Aceasta situatie se numeste "*stare de transcriza*", situatie in care elemente ale crizei nerezolvate anterior se adauga inconstrient si in mod diferit crizei actuale generand aspecte particulare celei din urma. Starea de transcriza se rezolva doar atunci cand subiectul ajunge sa constientizeze contributia lucrurilor aterioare ramase nerezolvate la situatia critica actuala.

Nu trebuie uitat ca in cazul in care reactiile emotionale si tulburarile comportamentale dureaza mai mult de o luna dupa actiunea agentului traumatic, atunci se indeplineste unul din criteriile de diagnostic pentru tulburarea post-traumatica de stres.

De ce fac doar unii oameni crize? Prin definitie, oamenii in timpul crizei sunt foarte emotionali si incapabili sa-si resolve problemele in mod usual. Se poate spune ca majoritatea oamenilor au capacitatea de a-si controla emotiile, necazul si de a depasi situatiile dificile pe care le intalnesc. Dar la fel se poate accepta ca exista un prag mai jos au mai sus al situatiilor de viata negative dincolo de care orice om poate face o criza si ca in fata aceluiasi tip de eveniment oamenii vor face o criza mai scurta sau mai lunga, mai usoara sau mai severa in functie de variabile individuale. Autorii sunt de acord in a considera ca nu exista o relatie liniara de cauzalitate intre eveniment si criza datorita multitudinii de variabile individuale si de moduri de interconexiune a acestora. Pe de alta parte, functioneaza si ideia ca exista puncte de vulnerabilitate de-a lungul vietii si o criza se produce atunci cand se intalnesc intr-un anumit moment evenimentul psiho-social declansator cu vulnerabilitatea circumstantiala. Pentru Shulberg si Sheldon (1968) probabilitatea de a face o criza este o functie a interactiunii dintre un eveniment hazardos, timul de expunere la acest eveniment si vulnerabilitatea individului in acel moment.

Hansell (1976) descrie sapte caracteristici care fac un individ resilient la necazurile vietii (Tabelul nr. 4), iar Roberts si Yeager (2009) fac o lista cu 12 caracteristici a persoanelor inclinate sa faca crize (Tabelul Nr. 5). Cel mai comun este sa se considere ca bunastarea individuala, existanta unei retele sociale suportive robuste (familie, prieteni, colegi), un eu puternic, intarit de un bun sens al stime de sine, reusita sociala si profesionala, sensul apartenentei la un grup sau comunitate, nivel ridicat de religiozitate/spiritualitate si lipsa unei istorii personale de pierderi si abuzuri, fac ca un individ sa fie resilient in fata adversitatilor vietii.

1. Satisfacerea nevoilor bazale ale vietii (hidratare, nutritie, habitat)
2. Puternic sens al identitatii
3. Relatie suportiva puternica cu cel putin o persoana
4. Acceptat ca membru in cel putin un grup
5. Unul sau mai multe roluri sociale care furnizeaza stima de sine
6. Securitate financiara
7. Un set de valori care furnizeaza un sens al scopului personal si intelegerea sensului vietii

Tabelul Nr. 4: Factorii de protectie fata de criza (dupa Hansell, 1976)

<u>Felurile crizelor</u>. Desi fiecare om, situatie si criza este diferita, exista totusi dorinta de a clasifica crizele si mai multe clasificari sunt in uz. Cea mai utilizata clasificare a crizelor este cea a lui Erikson (1956) care le imparte in crize situationale, cand individual se confrunta cu situatii neasteptate, inafara controlului propriu si crize de dezvoltare in care individual se confrunta cu provocari generate de parcursul dezvoltarii individuale. Rapaport (1967, 1970) clasifica crizele in trei categorii diferite: crize de dezvoltare (de natura biopsihosociala), crize accidentale (sub actiunea unui agent hazardos) si crize ale tranzitiei de rol (trecerea la alt rol, de ex. pensionare). Halper si Peterson (1982) ia in consideratie doar doua tipuri de crize: crizele asteptate, ca parte a procesului normal de viata si crizele neasteptate, ca cele dupa dezastre, accidente, pierderi si decese nasteptate (citati de Poal, 1990).

Baldwin (1978) clasifica crizele in sase tipuri: i) crizele dispozitionale care sunt date de o situatie problematica care poate fi remediata usor (informatie, indrumare, administrare); ii) crizele de tranzitie in viata care reflecta tranzitiile normale fata de care omul nu are suficient control; iii) crizele dupa evenimente traumatice, factori stresanti sau situatii neasteptate care impovareaza emotional subiectul; iv) crize de maturare care rezulta din situatii interpersonale care reflecta probleme interne nerezolvate (crize de adolescenta, crize la menopauza/adropauza); v) crize reflectand tulburari psihopatologice preexistente (depresie, anxietate, etc.); vi) crize care reprezinta urgente psihiatrice in care functionarea subiectului este profund perturbata.

1. Incapacitate de a intretine relatii sociale (de ex. singuraticul, suspiciosul)
2. O istorie de una sau mai multe tulburari psihice sau perioade de instabilitate cand persoana a trebuit sa ia medicatie
3. Inclinatie de a se simti stresat sau impovarat
4. Lipsa unuei retele de suport (familie, prieteni, grup)
5. Istorie de episoade acute de criza care nu au fost pe deplin rezolvate
6. Inclinatie de a folosi aceleasi strategii esuate de coping
7. Stima de sine scazuta
8. Impulsivitate, manie, probleme de control al impulsurilor
9. Perioade de depresie, deznadejdie, iritabilitate, tulburari de somn, schimbari de Apetit
10. Istorie de probleme maritale si tulburari sexuale
11. Utilizare abuziva de alcool si alte substante, tulburari addictive
12. Istorie haotica de munca, perioade de somaj

Tabelul Nr. 5: Indicatori ai persoanelor inclinate sa dezvolte crize
(dupa Roberts si Yeager, 2009)

James si Gilliland (1995) clasifica crizele in: i) crize de dezvoltare (situatii quasi-normale ale cursului vietii care se petrec cand factorii cauzali au o aparitie brusca si o intensitate mare, de exemplu crizele care apar la schimbarile aparute la nasterea unui copil, la schimbarile responsabilitatilor vocationale sau datorate procesului de imbatranire); ii) crize situationale (care apar brusc consecutive unui eveniment extraordinar pe care subiectul nu-l poate controla sau anticipa, ce de exemplu crize dupa atacuri teririste, rapiri

de persoane, accidente de circulatie, viol, jaf, etc.); iii) crize existentiale care includ conflictele interne si anxietatile ce acompaniaza motivele si scopurile existentei umane precum responsabilitate, autonomie, libertate sau angajament si iv) crizele ambientale care se petrec datorita cauzelor naturale precum furtuni, tornade, inundatii, cutremure, etc. sau umane si politice precum incendii, foamete, revolutii, razboaie, epurari entice, etc.

Roberts si Yeager (2009) fac o altfel de clasificare a crizelor in functie de modul de expunere a individului la agentul traumatizant. Astfel ei deosebesc crize aparute dupa o singura expunere la agentul declansator, precum crizele dupa dezastre naturale, accidente, crime, decese, pierderi, criza in care agentul este usor identificabil si care temporal actioneaza doar odata. Alt tip de criza ar fi cea cu expunere multipla si cumulative in care evenimente stresante se stocheaza, cumuleaza si ajung in anume punct cand reusesc sa depaseasca capacitatea de coping a individului, precum crizele familiale sau de cuplu, conflicte vocationale, etc. Al treilea tip de crize sunt cele deliberat cumulative si cu expunere repetata cand evenimentul se repeat continuu sau se acumuleaza prin actiunea deliberate a altcuiva. Exemple de acest tip ar fi violenta domestica sau abuzul sexual sau abuzul copilului de orice tip ar fi.

O alta clasificare facuta acesti autori pune accentul pe natura agentului traumatizant si astfel ei deosebesc mai multe feluri de crize, clasificare utilizata cel mai mult de programele de criza pentru ca genereaza tipuri diferite de raspuns:

- *Criza se stres tranzitoriu si distres somatic*, criza care rezulta din tulburari medicale sau simptome psihiatrice minore; astfel de crize cuprind pe cele determinate de diagnostice somatice severe precum cancer, accident vascular cerebral, diabet, etc sau cele concurente cu simptome prihiatrice precum anxietatea, depresia, fobia, somatizarea. Aici etiologia crizei este bio-medicala.
- *Criza de stress traumatic* este atunci cand o persoana traieste sau este martora unui eveniment necontrolabil, neasteptat si amenintator de viata, precum crime, violente, abuzuri sexuale, luare de ostateci, dezastre naturale, accidente de circulatie, decesul neasteptat al unei persoane dragi.
- *Criza familiala* se petrece in timpul certurilor familiale, dificultati financiare, somaj, probleme emotionale severe.

- *Criza data de boli psihiatrice serioase* cand tulburarea psihiatrica interfera cu capacitatea de coping a individului; crize care se petrec mai ale la debutul sau recaderea unei tulburari psihiatrice ce afecteaza functionarea individului, precum in episoade maniacale/hipomaniacale, episoade depresive severe, episoade psihotice, atacuri de panica.
- *Criza date de urgente psihiatrice*, cand functionarea individului este profund perturbata de o tulburare psihiatrica severe subjacenta si care creiaza periculozitate pentru individ sau persoanele din jur.

Aceasta din urma clasificare este mai aproape de realitatea cu care se confrunta profesionistul din programul de interventie in criza in practica de toate zilele.

Indiferent de tipologia adoptata, exista anumite caracteristici ale crizelor care sunt comune oricarui tip luat in considerare. Aceste caracteristici comune stau la baza teoriei crizelor si la formularea interventiei in criza. Ele sunt prezentate in tabelul Nr. 6.

Criza este un pericol dar si o oportunitate	Criza este un pericol pentru ca depaseste capacitatile de coping ale individului dar este si o portunitate pentru ca il face pe individ sa caute si sa solicite ajutor si il invata noi metode de coping capabile sa-l oteleasca pentru viitoare crize
Criza are un aspect clinic complex	Criza se prezinta sunt forma unui tablou clinic polimorf si necaracteristic, dominat de elemente afective si comportamentale instabile in timp, fara a evoca vreo entitate clinica anume
Criza contine samburele dezvoltarii si a schimbarii	Criza conduce la dezvoltare personala prin mobilizarea resurselor existente si construirea altora noi pe parcursul rezolvarii ei si individual care a depasit o criza nu va mai fi niciodata ca inaintea ei
Criza nu are panacee sau interventii standardizate	Criza nu se rezolva dupa retete prestabilite, ea conduce la un raspuns unic, irepetabil pentru o situatie unica si irepetabila in detaliile ei
Criza reprezinta o necessitate de schimbare	Criza apare pe fundalul stagnarii, a imobilitatii proprii, inflexibilitatii in fata situatiilor de viata
Criza este universala	Criza este univeresala pentru ca este imanenta existentei umane si ea este prezenta in toate culturile

Tabelul Nr. 6: Caracteristicile commune ale crizelor

Bibliografie:

Aguilera DC, Messick JM, Farrell MS (1970): Crisis Intervention: Theory and Methodology, The C.V. Mosby Company, St. Louis.

Annandale NO (2006): States school crisis planning materials: an analysis of cross-cultural considerations and sensitivity to student diversity, Dissertation PhD, Brigham Young University, Rexburg, Idaho

Auerbach SM, Kilmann PR (1977): Crisis Intervention: A Review of Outcome Research, Psychological Bulletin, 84 (6): 1189-1217.

Baldwin BA (1978): A paradigm for the classification of emotional crises: implications for crisis intervention, American Journal of Orthopsychiatry 48 (3):538-551.

Belkin GS (1984): Introduction to counseling (2nd ed.). Dubuque, IA: William C. Brown.

Brammer LM (1985): The helping relationship: Process and skills (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Burgess AW, Roberts AR (2005): Crisis intervention for persons diagnosed with clinical disorders based on the stress-crisis continuum, in AR Roberts (Ed.) Crisis Intervention Handbook, New York: Oxford

Caplan G (1964): Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books.

Carkhuff RR, Berenson BG (1977): Beyond counseling and therapy (2nd ed.). New York: Holt, Rinehart & Winston.

Erikson ER (1956): Growth and crisis of the healthy personality, in C.Kluckhoh and NH.

Farberow NL (1974): Suicide. Morristown, N.J.: General Learning Press, 1974.

France K (1982): Crisis Intervention, Charles C. Thomas, Springfield, Illinois

Greene GJ, Lee M, Trask R, Rheinscheld J (2000): How to work with clients' strengths in crisis intervention. In AR Roberts (Ed.), Crisis intervention handbook: Assessment, treatment and research, Oxford, UK: Oxford University Press.

Halpern HA (1973): Crisis theory: a definitional study, Community Mental Health Journal 9 (4): 342-349.

Hansell N (1976): The Person in Distress, New York: Human Services Press

Hoff, LA (1978): People in crisis: understanding and helping, Addison-Wesley Pub. Co., Medical/Nursing Division, Menlo Park: CA

Hoff, LA (1995): People in crisis: understanding and helping, 4th Ed. Jossey-Bass Publ. San Francisco, CA

James RK, Gilliland BE (2005): Crisis Intervention Strategies, 5th Ed. Thomson/Cole: Belmont, CA

Korchin S (1976): Modern clinical psychology: Principles of intervention in the clinic and community. New York: Basic Books.

Lindemann E (1944): Symptomatology and management of acute grief, American Journal of Psychiatry, 101; 141 -148.

Meichenbaum, D. (1994). A clinical handbook/practical therapist manual for assessing and treating adults with post traumatic stress disorder. Waterloo, Ontario: Institute Press.

Murray (Eds), Personality in nature, society and culture, Alfred Knopf, New York

Parad HJ (1965): Preventive casework: Problems and implications, in HJ Parad (ed.), Crisis Intervention: Selected readings, Family Service Association of America, New York.

Poal P (1990): Introduction to the theory and practice of crisis intervention, Quaderns de Psicologia, 10:121-140.

Pitcher G, Poland S (1992): Crisis intervention in the schools. New York: Guilford Press.

Rapaport L(1970): Crisis Intervention as a mode of brief treatment, in RW Roberts and RH Nee (Eds.): Theories of Social Casework, The University of Chicago Press, Chicago.

Raskin NJ, Rogers CR (1995): Person-centered therapy. In RJ Corsini & D Wedding (Eds.), Current psychotherapies (5th ed.). Itasca, IL: F. E. Peacock.

Roberts AR (Ed.). (2000). Crisis intervention handbook: Assessment, treatment and research. New York: Oxford University Press.

Roberts AR (2003): Assessment, crisis intervention and trauma treatment: The integrative ACT intervention model, Brief Treatment and Crisis Intervention, 2: 1-21.

Roberts AR (2005): Bridging the past and the present to the future of crisis intervention and crisis management, in AR Roberts (Ed.) Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research (3rd ed.), New York: Oxford University Press.

Roberts AR, Yeager KR (2009): Pocket guide to crisis intervention, Oxford University Press, New York.

Schulberg HC, Sheldon A (1968): The probability of crisis and strategies for preventive intervention, Archives of General Psychiatry 18 (9): 553-558.

Slaikeu KA (1990): Crisis intervention: A handbook for research and practice (2nd ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Talpin JR (1971): Crisis Theory: critique and reformulation, Community, Mental Health Journal, 7 (l): 13-23.

Yeager KR, Roberts AR (2003): Differentiating among stress, acute stress disorder, crisis episodes, trauma, and PTSD: Paradigm and treatment goals, Brief Treatment and Crisis Intervention, 3:3-25.

PARTEA II: COMUNICAREA SI EVALUAREA IN CRIZA

1. COMUNICAREA IN CRIZA

A ajuta oamenii in criza inseamna in primul rand o intalnire interumana bazata pe intelegere, acceptare, pe autenticitate si lipsa de prejudecati, creind un context in care comunicarea devine fluenta si autentica. Cele doua versante se sprijina reciproc si astfel comunicarea genuina si validanta intareste sentimental persoanei in criza ca este acceptata, auzita, inteleasa si pe cale de a primi suportul de care are nevoie iar aceasta, la randul ei, face ca mesajele de ajutor genereate de persoana de ingrijire sa fie din ce in ce mai adecvate, specifice, efective si personalizate. Aceasta comunicare este integrata atat in evaluarea crizei cat si in interventia propriu-zisa si urmarirea evolutiei crizei. Cand comunicarea esueaza, persoana se simte singura, abandonata, lipsita de valoare, rejetata si neinteleasa ducand la tensiune si conflict si chiar la agresivitate indreptata impotriva persoanei insasi sau impotriva altora. In cazul intalnirii din interventia in criza lipsa de comunicare sau comunicarea distorsionata conduce la esuarea oricerei incercari de ajutor. In abilitatea de a comunica sta adevarata arta a lucratorului in criza.

Exista diferente esentiale intre comunicarea obisnuita, cea de toate zilele si comunicarea terapeutica, cea din criza (vezi tabelul Nr. 1).

Fielding si Liewelyn (1987) subliniza ca comunicarea efectiva dintre individ si ingrijitorul sanatatii lui este o problema centrala a ingrijirii si ca "*comunicarea este atat una din cele mai solicitante aspecte ale muncii profesionistului ingrijirii sanatatii cat si una care este frecvent evitata sau facuta defectos in ciuda rolului important pe care il are in ingrijirea pacientului*". Mallett si Dougherty (2000) citeaza un studiu recent care constata ca oamenii tind sa fie nesatisfacuti mai mult de calitatea comunicarii decat de celelalte aspecte ale ingrijirii sanatatii.

Valorile pe care se sustine o buna comunicare terapeutica sunt:

- empatia sau abilitatea de a simti si intelege punctual de vedere a celuilalt;
- exprimarea respectului fata de persoana suferida;
- autenticitatea si sinceritatea dialogului cu privire la expreisa suferintei si a ajutorului necesar care sa conduca la incredere si speranta;

Comunicarea obisnuita	Comunicarea terapeutica
Nu exista un scop sau o arie predeterminata	Exista o problema si/sau un scop predeterminat
Rivalitate/competitie pentru a castiga atentie	Atentie focalizate pe client – nu exista competitie pentru a castiga atentie
Informare pe baza experientei de viata	Informare pe baza teoriei si practicii profesionale
Apare datorita circumstantelor sau alegerilor	Apare pentru ca cineva este in nevoie si celalalt in rolul de ingrijire
Localizarea/ambianta profesionala sau sociala	Localizare intr-o institutie de ingrijire a sanatatii
Confidentialitatea nu este o problema	Confidentialitatea este o problema si exista un cod de conduita
Expresia spontana a emotiei si limbajului corporal	Emotiile si limbajul corporal este controlat
Ambele parti doresc sa-si implineasca nevoia de comunicare	Focusul comunicarii este centrat pe nevoia clientului
Reciprocitate in comunicare	Comunicare reflective
Egalitate de rol	Ingrijitorul sanatatii are rolul de expert
Potential in formarea prieteniei sau altor tipuri de relatii sociale	Exista limite si granite in formarea relatiei
Comunicare critica si non-critica	Comunicare non-critica, toleranta
Deschisa	Retinere de la enunturi/afirmatii nepotrivite

Tabelul Nr. 1: Discrepantele dintre comunicarea obisnuita si comunicarea terapeutica

- atitudine pozitiva cu privire la capacitatea subiectului si deznodamantul suferintei lui;
- compasiune si toleranta, in absenta oricarei prejudecati sau evaluare critica;

- recunoasterea autoritatii subiectului de a hotara, a face schimbari si de a depasi situatia critica;
- confidentialitatea informatiilor vehiculate pe parcursul comunicarii terapeutice;
- luarea in considerare a aspectelor etice care dirijeaza relatia terapeutica; a nu produce daune, a fi de incredere, a respecta drepturile subiectului, a nu exagera competenta terapeutului, a recunoaste limitele relatiei terapeutice.

Lucratorul de criza trebuie sa posede aceste abilitati de comunicare cu oameni aflati in necaz cu scopul de a putea stabili un raport si o relatie terapeutica cu acestia, context in care mesajele terapeutice sa poata fi transmise si receptate ca atare. In interventia in criza relatia terapeutica are ca scop cresterea responsabilitatii si participarii individului in procesul de recuperare pentru ca asa cum spunea From (1994) "*nimeni nu se face bine pana cand nu are un sentiment de responsabilitate, de participare si, in fond, un sens de mandrie in dobandirea bunastari individuale* ".

Contactul initial si angajarea in comunicare. Intalnirea cu subiectul in criza este un pas crucial pentru interventia ulterioara si rezolutia crizei. De felul cum decurge aceasta faza depinde evaluarea corecta a crizei si a resurselor individului, cresterea motivatia subiectului pentru ramane in programul de interventie si eficienta raspunsului la criza. Pentru a atinge aceste deziderate, contactul initial trebuie sa exprime respect si compasiune fata de situatia subiectului, sa fie non-intrusiv, sa exprime capacitatea si dorinta de a ajuta si sa ofere subiectului motive de a ramane in program. Prioritatea imediata a lucratorului in criza trebuie sa fie mentinerea contactul fizic si psihic cu subiectul si sa prezinte o conduita care sa inspire calm si siguranta. Pentru aceasta lucratorul de criza trebuie sa pastreze contact visual cu subiectul, sa-i intoarca o fizionomie exprimand intelegere, compasiune si validare. Pozitia corpului si distanta fata de subiect trebuie sa fie adecvata receptarii dar sa respecte totusi "spatiul personal" al subiectului si cutumele culturale ale lui.

Lucratorul de criza trebuie sa se recomande el insusi cu numele, titlul si apartenenta lui la programul de criza (sa se decline titulatura exacta a programului), sa explice mandatul si obiectivele programului de criza si sa explice rolul sau. Apoi sa invite subiectul sa stea comfortabil, sa ocupe locul pe care si-l doreste in incapare, apoi sa-l asigure de

confidentialitatea discutiei si de faptul ca va primi atentia si consideratia ce mai mare. Lucratorul trebuie sa vorbeasca calm, bland si clar. Sa intrebe daca sunt lucruri care cer atentie si raspuns imediat, precum probleme medicale urgente. Apoi subiectul este invitat cu gentilete sa furnizeze descrierea problemei pe care o are.

Lucratorul de criza nu trebuie sa se astepte imediat la reactii pozitive din partea subiectului, va trece ceva timp pana cand subiectul va dezvolta comfort, incredere si sentimentul ca se afla in siguranta. Daca subiectul declina ajutorul lucratorului de criza acesta nu trebuie sa fie insistent dar nici sa inchida comunicarea, ci din contra sa caute sa continue comunicarea, sa furnizeze sugetii conversationale, sa solicitarea alte amanunte asupra situatiei de criza, a raspunsului subiectului si a planului sau de viitor.

Numele meu este George si sunt lucrator de criza la Programul de interventie in criza numit “Speranta”. (*George incearca sa dea mana cu subiectul sau se inclina a salut*). Acest program este destinat persoanelor cu nevoi urgente, aflate in criza, atunci cand capacitatea lor de a se auto-ajuta este depasita. Acest program cauta sa furnizeze raspuns rapid si adecvat astfel incat sa limiteze necazul, reactiile emotionale si pierderile de orice fel ale celui aflat in criza. (*va rog sa stati jos pe scaunul pe care il doriti si sa va simtiti confortabil*) Programul va asigura de confidentialitatea datelor obtinute de-a lungul relatiei dintre noi. Programul va ofera ajutor direct sau legatura cu alte agentii in functiei de nevoile Dumneavoastra. (*Pot sa va ofer un pahar cu apa*?). Inainte de toate vreau sa va intreb daca exista vreo problema urgenta, precum una medicala, care sa necesite atentie imediata? Eu pot sa va facilitez contactul cu un doctor, daca e cazul. (*lucratorul de criza pastreaza contactul vizual direct si abordeaza o atitudine empatica, calma si confidenta*). Sunt dornic sa va ascult…

Relatia terapeutica este relatia prin care se furnizeaza mesaje terapeutice. Capacitatea de a stabili astfel de relatie este mai importanta decat oricare alte calitati profesionale ale unui lucrator de criza (Hoff, 1995). Relatia terapeutica se bazeaza pe cinci componente ale comunicarii: abilitatea de a exprima empatie, abilitatea de a asculta, abilitatea de a exprima intelegere, de a exprima acceptare si cea de a exprima sinceritate (Gilliland si James, 1996). Este interesant de subliniat ca aceste calitati sunt raspandite in populatia generala dar in mod neuniform si unii oameni le au in masura mai mare decat altii; uneori neprofesionistii sunt mai capabili sa le exprime decat profesionistii, iar la acestia din urma aceste trasaturi se pot toci odata cu vechimea in profesie.

Pentru stabilirea unei relatii terapeutice cat mai rapid si efectiv posibil, profesionistul trebuie in primul rand se exprima intelegere pentru situatia in care se afla persoana. Aceasta se realizeaza prin anumita reflectare a spuselor subiectului ceea ce-i arata ca a fost auzit, inteles, acceptat, nejudecat si validat. Ventilarea emotionala, oferirea spatiului si timpului pentru a vorbi si impartasii este ea insasi terapeutica si valorizanta. Nu trebuie uitat ca dezvaluirea sentimentelor personale, a emotiilor intime, chiar in conditiile unei crize, este un act de curaj si lucratorul de criza trebuie sa fie bland si rabdator atunci cand invita subiectul spre o astfel de desatainuire. Astfel de reflectii pot fi: "*pari foarte suparat si afectat de ceea ce s-a intamplat*" sau "*ce spui arata cat de manios esti*". Astfel de replici incurajeaza subiectul sa se deschida si ii ofera oportunitatea de a furniza mai multe detalii si de a merge mai departe in nararea situatiei de criza in care se afla; se trece astfel de la o comunicare non-directiva la una directionata de scopul evaluarii situatiei de criza. A-i spune, "*am inteles*" inseamna a nu mai merge mai departe sau ca tebuie sa se opreasca ori pentru ca a spus destul, ori pentru ca s-a adresat cuiva care nu empatizeaza cu el. Mult mai bine este sa se directioneze subiectul aa sa funizeze mai multe informatii: "*as vrea sa stiu mai multe ca sa inteleg mai bine*" sau "*poti sa-mi dai mai multe amanunte*" si astfel sa simta auzit si ca s-a adresat acolo unde problema lui este pe cale sa fie inteleasa.

Comunicarea in criza este foarte sensibila iar pentru a fi efectiva ea trebuie sa indeplineasca unele conditii: i) sa evite mesajele duble precum interesul exprimat verbal pe de-o parte si detasarea exprimata de postura sau comportamentul motor al profesionistului pe de alta parte, ii) evitarea etichetarii, a termenilor si jargonului profesional, iii) evitarea aparitiei de sunete sau intreruperi care pot inhiba subiectul sau care lasa impresia lipsei de interes sau sinceritate, iv) emiterea de generalizari sau comentarii care conduc la pierderea unicitatii sau specificitatii crizei subiectului precum "*am mai auzit asta si la altii*", "*am mai avut un astfel caz*", "*mi s-a intamplat si m*ie", etc.

<u>Comunicarea empatiei</u> este una din cele mai importante elemente in formarea unei aliante terapeutice cu subiectul in criza. Subiectul se adreseaza programului de criza intr-o situatie cand anxietatea, sentimental de vinovatie, rusine, de lipsa de ajutor sau de deziluzie sunt proeminente. El le poate exprima ca atare sau din contra, poate sa le mascheze intr-o expresie de manie sau in spatele unei naratiuni intelectualizante. Atentia subiectului este

indreptata catre interlocutor din frica de a se fi adresat cui nu trebuie, de a intalni pe cineva care-l va judeca pentru incapacitatea de a-si rezolva singur problemele sau din contra, cu speranta ca are exact de-a face cu persoana potrivita pentru ajutor. Ambivalenta, intre teama si speranta, este sentimentul dominant al subiectului in momentul contactului initial cu lucratorul de la criza. Profesionistul crizei trebuie sa adopte o atitudine de intelegere a acestui moment si sa creieze contextual de siguranta si confort in care subiectul sa se simta liber sa comunice. Astfel, contactul visual, pozitia capului si a corpului, tonul si modulatia vocii, fizionomia, expresia generala sunt elementele pe care lucratorul de la criza trebuie sa le ia in considerare pentru a exprima interes si consideratie, intelegere si compasiune pentru situatia clientului sau. Intreaga atitudine a profesionistului trebuie sa exprime atentie, deschidere, naturalete si lipsa de totala de afectare, disimulare, aroganta sau servilism, formalism, falsitate sau manierism profesional. Toate acestea sunt atat daruri naturale ale lucratorului de criza cat si expresii emotionale slefuite in contextual formarii profesionale. Aceasta atitudine empatica trebuie sa se pastreze nealterata pe intreaga perioada a contactului cu subiectul in criza si ea se consolideaza atat prin comunicatrea verbala si non-verbala cat si prin momentele de liniste petrecute impreuna. Exista totusi o distanta emotionala fata de subiect care trebuie respectata. Daca profesionistul devine exagerat de empatic, moduleaza hipermetric cu reactiile subiectului, exprima aceiasi tonalitate afectiva fara echivoc, exista pericolul ca subiectul sa ramana anchilozat in dificultatile pe care le intampina, sa nu vada nici necesitatea schimbarii si nici resursele proprii de coping. De aceia, in spatele oricarei empatii trebuie sa existe si mesajul profesionist la luciditatii si realitatii.

Comunicarea autenticitatii/sinceritatii. In relatia terapeutica autenticitatea este destul de greu de exprimat si pastrat de-a lungul intalnirii cu clientul. Lucratorul de la criza realizeaza aceasta prin mentinerea unei balante intre raspunsurile unui om obisnuit cu cele ale unui profesionist. Autenticitatea inseamna si sa-ti stii limitele si sa nu iti arogi ceea ce nu poti sau nu ai. Rogers (1969) spunea despre autenticitate: “*Atunci cand accepti faptul ca ai multe deficiente, greseli, ca esti adesea ignorant cand de fapt ar trebuie sa sti, ca adesea judeci in loc sa fi deschis la minte, ca ai uneori sentimente care nu sunt justificate de circumstante, atunci poti fi mult mai real*” (citat de Gilliland si James, 1996). Aici este

vorba de onestitate cu tine insuti, de a pune de acord ceea ce esti cu ceea ce ai invatat si stii despre munca ta, fara orice formalism sau emfaza. Aceasta insemana sa te simti liber sa exprimi si sa comunici neconditionat sentimente si ganduri si sa stii daca este potrivit cu situatia in care esti, constient pe deplin de cum acestea se reflecta in tine insuti.

Egan (1990) a inventariat cinci calitati esentiale ale autenticitatii pe care un lucrator la criza trebuie sa le posede ca sa fie de ajutor pentru altii: i) sa se simt liber sa se exprime pe el insusi si rolul pe care-l are atunci cand comunica cu subiectul; ii) se fie spontan, adica sa fie fluent, cu tact si confident, reprimandu-si iritabilitatea, impulsivitatea, atunci cand exprima reflectiile lui fata de situatia clientului; iii) sa fie lipsit de defense prin care incearca sa-si apere selful si unele vulnerabilitati, sa mentina un echilibru intre slabiciuni si calitati; un astfel de profesionist nu este critic sau ostil fata de problematica subiectului si stie sa-si reprime sentimentele si comentariile negative; iv) sa fie consistent, adica sa nu prezinte discrepante intre ceea ce simte, gandeste si comportament si v) sa fie capabil sa vorbeasca despre propriile experiente atunci cand este potrivit. Toate aceste calitati face ca lucratorul la criza sa fie autentic, sa fie impreuna cu subiectul, sa exprime empatie dar sa ramana si independent, respectand granitele profesionale dintre el si altul. De exmplu, atunci cand subiectul este ostil, manios, provocator, profesionistul sa nu fie ispitit sa raspunda cu aceiasi moneda ci sa exprima in continuare seninatate, deschidere si receptivitate autentica la spusele si expresiile subiectului.

Comunicarea acceptarii. De multe ori intalnirea dintre profesionist si clientul sau are tendinta de a fi influentata inconstient de valorile si credintele personale ale lucratorului de criza. Pe de alta parte, incercand sa infatiseze criza personala, individual poate transfera pe interlocutor unele din sentimentele sale de manie, dezgust, ostilitate. Indiferent de dinamica acestei intalniri, lucratorul de criza trebuie sa arate capacitatea lui de a accepta subiectul asa cum este, de a-l incuraja sa se prezinte nedeformat de reticente sau defense, sa-i arate pretuire si grija indiferent de ceea ce subiectul pare a fi sau de situatia in care se afla. Profesionistul trebuie sa fie capabil sa pune deoparte valorile, credintele si idealurile sale pentru a ramane un receptacol adevarat si neconditionat al subiectului pe care incearca sa-l ajute.

<u>Comunicarea intelegerii</u> se face prin emiterea de afirmatii care sa-l face pe client sa se simta inteles, sa se simta perceptut si auzit corect. Aceasta ii lasa subiectului sentimentul ca a ajuns unde trebuie, ca a fost clar si ca profesionismul este exact persoana de care are nevoie. Intelegrea nu inseamna neaparat aprobare neconditionata, ci doar perceperea si intelegerea contextului elementelor crizei, a elementelor declansatoare, a reactia subiectului si a capacitati lui de a face fata situatiei. Exemple de astfel de afirmatii: "*inteleg cat de frustrant este pentru tine sa patesti asa ceva*", sau "*intr-adevar este foarte dureros sa ti se intample asa ceva*", etc. Comunicarea intelegerii se poate realiza si prin ecoul pe care profesionistul il face la spusele subiectului, respectiv repetarea ultimelor cuvinte ale subiectului din afirmatia precedenta sau refrazarea afirmatiei pe care tocmai a facut-o, lasand astfel impresia ca a fost auzit si inteles. Se pot pune si intrebari scurte pentru clarificare sau care sa-l conduca pe subiect la reformularea narativele sale. Nu trebuie abuzat de aceasta din urma tehnica pentru ca subiectul poate sa gadeasca ca interlocutorul lui este lipsit de intelegere fata de situatia lui.

<u>Comunicarea receptarii si sensului de a fi fost ascultat.</u> Aceasta este un adevarat imperativ al comunicarii in criza. A fi auzit, ascultat, a fi tratat cu atentie este una din asteptarile cele mai importante ale unui subiect in criza. Capacitatea de a asculta pe altul este o adevarata arta. Orbach (1994) leaga aceasta arta de conceptul de responsabilitate emotionala. Autoarea noteaza ca ascultarea permite individului ascultat sa aiba propriul spatiu emotional ceea ce reduce neintelegerea si contaminarea cu emotiile celuilalt. Dupa ea, ascultarea nu este o simpla abilitate invatata peste noapte ci o calitate fiziologica si psihologica slefuita in ani de prectica. S-a demonstrat ca ascultarea are un efect terapeutic asupra unui pacient chiar daca nu se face nimic in plus.

Ascultarea este un proces afectiv, cognitiv si comportamental care implica: i) furnizarea de timp persoanei care vorbeste, ii) oferta unui spatiu privat, linistit, lipsit de perturbari; iii) cu scopul de a intelege mesajele transmise; iv) ce permite focalizarea pe ceea ce persoana comunica; v) prin ignorarea altor semnale concomitente din mediu intern sau extern.

Exista trei feluri de ascultare: <u>ascultarea pasiva</u>, in care ascultatorul nu raspunde celui care vorbeste, <u>ascultarea activa</u>, in care cel care asculta furnizeaza un feed-back

verbal si non-verebal prin gesturi, intrebari si parafrazari cu scopul de a obtine mai multe si accurate informatii si ascultarea empatica in care cel care asculta se proiecteaze el insusi in persoana celui care vorbeste cu scopul unei mai bune intelegeri a emotiilor si sentimentelor celui in cauza.

Subiectului i se poate creia sentimentul ca este auzit atunci cand el sesizeaza ca focusul profesionistului este corect directionat spre lucrurile esentiale, pe ce el realmente vrea sa comunice, pe mesajele care vrea sa le trimita, pentru ca ascultarea nu este un lucru pasiv ci o relatie bidirectionala intre cel care vorbeste si cel ce asculta. Subiectul observa ca profesionistul este capturat de povestea lui si raspunde verbal si non-verbal la mesajele lui, verbale si nonverbale si astfel considera ca profesionistul este acordat la emotiile si reactiile lui. Este indicat ca se se creieze o premiza a receptarii prin afirmatii preliminare prin care subiectul este asigurat ca est bine primit si ca va fi ascultat cu toata atentia si consideratia: "*eu sunt aici ca sa va ascult cu toata atentia si sa va inteleg in toate aspectele pe care le veti spune*" sau "*vreau sa va asigur de toata atentia si consideratia pentru situatia in care sunteti*". Al doilea lucru important este se se intareasca convingerea subiectului ca a fost auzit. Asta se face prin repetarea ultimelor cuvinte ale subiectului, prin darea din cap la spusele lui, printr-o fizionomie receptiva, prin contact visual activ, prin solicitarea de repetare sau de refrazare a unor detalii sau prin pur si simplu prin a spune: "*da","asa e"," mhm*", "*aha*"… In tabelul Nr. 2 se prezinta elementele verbale si non-verbale dupa care un individ are impresia ca este ascultat.

Ascultarea ajuta subiectul sa se simta acceptat si luat in serios, respectat, auzit, inteles si conectat cu interlocutorul, sa aibe incredere. Astfel sentimental de izolare si stanjeneala incepe de dispara si pe acesta baza subuiectul se simte confortabil sa solicite ajutorul, sa solicite o parere despre ceea ce i s-a intamplat, sa dezvaluie ganduri si emotii intime si in final sa participle activ la planul de raspuns la criza.

Egan (2006) identifica cateva abilitati de comunicare non-verbala care sustin sentimental de a fi ascultat. Aceste abilitati sunt sub acronimul SOLER: (S – de la Sitting) stai cu fata la client; (O - de la Open) adopta o postura deschisa, cu mainile si picioarele neincrucisate; (L – de la Leaning) inclina-te putin spre persoana ascultata; (E – de la Eye) mentine un contact visual dar fara sa te uiti fix; (R – de la Relax) adopta a pozitie relaxata.

Toate aceste deziderate sustin o ascultare pasiva, in care subiectul este incurajat sa vorbeasca si profesionistul asculta atent.

In cazul ascultarii active primul pas este focusarea atentiei pe interlocutor pentru a fi sigur ca mesajele au fost intelese corect, urmeaza apoi o etapa a interpretari lor si ulterior evaluarea si raspunsul la acestea, de fapt raspunsul la criza.

Elemente verbale	**Elemente non-verbale**
Limbaj non-critic si tolerant	Contact vizual
Invita la interactiune prin intrebari deschise	Pozitie corporala adecvata
Nu te impinge rapid spre rezolvarea unei probleme	Gestica deschisa
Valorizat de celalalt prin reflectii	Zambet
Onest	Dat din cap
Tonul vocii pozitiv	Apropiere fizica, atingere
	Congruenta
	Lipsa grabei/nerabdarii

Tabelul Nr. 2: Criteriile verbale si non-verbale ale experientei de a fi auzit

Ascultarea activa este o metoda eficace care promoveaza schimbarile comportamentale de care are nevoie subiectul in depasirea crizei. Ea conduce subiectul la o clarificare a sentimentelor si gandurilor ce sustin incapacitatea temprara de coping si faciliteaza procesul de crestere motivationala si de luare a deciziilor (Noesner si Webster, 1997).

Vecchia si colab (2005) construiesc o relatie ierarhica a schimbarii comportamentale ca si deznodamant pozitiv al crizei, relatie care incepe cu furnizarea ascultarii active, continua apoi cu oferirea empatiei, a unui raport terapeutic de incredere si terminand cu motivarea subiectului si schimbarea comportamentala (vezi Fig. Nr.1).

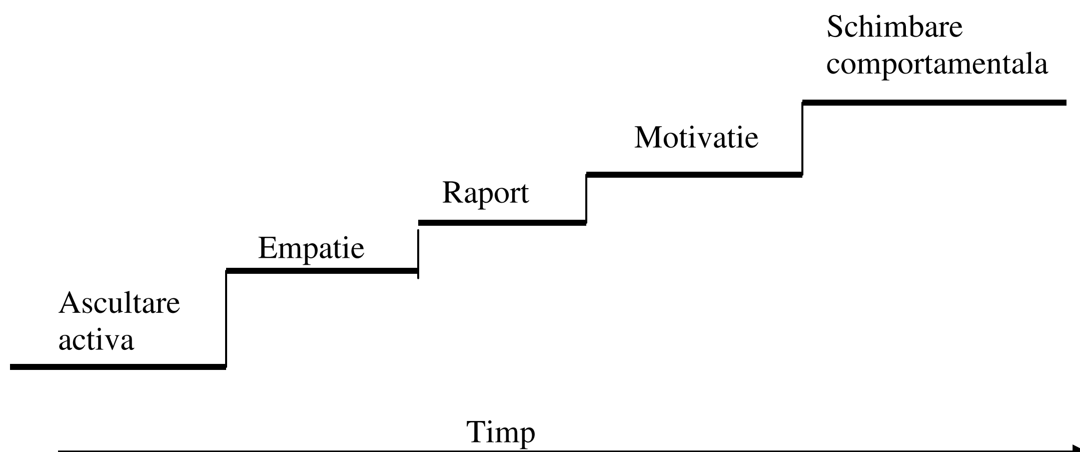


Fig. 1: Generarea schimbarii comportamentala in criza (Vecchia si colab. 2005)

Mai jos prezentam o reteta a ascultarii active (modificat dupa New Jersey Self-Help Group Clearinghouse si Vecchia si colab. 2005):

A. <u>Participa si fi atent</u> (furnizeaza subiectului sentimentul ca este ascultat):

1. Concentreaza-te: actioneaza ca un bun ascultator, partreaza focusul si atentia pe persoana pe care o asculti;
2. Nu vorbi, doar asculta; nu modifica pozitia dupa fiecare secventa pentru ca il faci pe vorbitor sa creada ca nu este destul de inteles sau acceptat;
3. Opreste orice ar putea distrage atentia, telefon celular, radio, inchide usa, opreste orice sursa de zgomot, opreste alte activitati;
4. fi atent la limbajul tau corporal, intoarce-te cu fata la vorbitor, mentine un bun contact visual, pastreaza pozitia relaxata;
5. Concentreaza-te pe cuvintele vorbitorului, emotiile ce le exprima si limbajul corporal, asculta tonul vocii si ritmul si viteza vorbirii;
6. Nu intrerupe;
7. Respecta momentele de liniste.

B. <u>Raspunde si reflecta</u> (furnizeza subiectului sentimentul ca este inteles):

1. Ofera niste raspunsuri si sugestii verbale precum: "*Aha*", "*Hmm*", "*Mda*" atunci cand este potrivit si adopta un ton sincer, neformalist;
2. Furnizeaza raspunsuri non-verbale care sa incurajeze subiectul: a da din cap, fizionomie deschisa;
3. Controleaza mesajele tale emotionale care ar putea distorsiona mesajele subiectului precum o fizionomie patetica sau anxioasa, oftaturi compasionale, limbaj corporal negativ, etc.
4. Furnizeaza un ecou verbal celor spuse de subiect prin repetarea unui cuvint cheie din cele spuse de subiect.

C. Parafrazeaza (motiveaza subiectul spre deschidere):

1. Refrazeaza ceva din vorbele subiectului cu cuvintele tale;
2. Da un inteles cuvintelor din parafraza
3. Ofera subiectului posibilitatea sa te corecteze sau sa reformuleze cele spuse de el;

D. Clarifica si identifica

1. Solicita subiectului acordul sa pui intrebari pentru a clarifica unele probleme;
2. Da un nume emotiilor si problemelor lui si intreaba-l daca este de acord cu acesta.

E. Rezumeaza

1. Reformuleaza continutul naratiunii subiectului si a emotiilor ventilate in comunicare;
2. combina informatiile obtinute in parafrazare cu cele din clasificare si identificare;
3. obtine validarea din partea subiectului.

O alta modalitatea de ascultare active este de a facilita naratiunea subiectului si a o directiona spre aspectele esentiale prin punerea de intrebari scurte, lamuritoare. Cand subiectul devine prolix, circumstantial, pierzand aspectul temporal al desfasurarii crizei, punerea de intrebari simple, deschise, ofera subiectului un cadru de a pastra focusul si de a fi convins ca este auzit si inteles. De exemplu: "*tocmai ati spus ca ati fost lovit in acea dimineata, ce ati facut mai apoi?*". Ulterior profesionistul trebuie sa canalizeze discutia asupra modului cum s-a reflectat situatia asupra subiectului si astfel persoana in criza are sentimental ca intra-devar i-a fost auzita vocea. Subiectul devine obiectiv, focusat pe elementele definitorii ale crizei si incepe sa constientizeze responsabilitatea proprie in revolvarea crizei.

subiectul: "*dupa accident am avut sentimentul ca toata lumea e impotriva mea, ca m-a parasit norocul, ca nu mai am nici o sansa sa-mi revin…*"
lucratorul de criza: "*va inteleg durerea si frustrarea si ce ati incercat mai departe*?" sau "*spuneti-mi cum ati interpretat accidental dupa ce ati ajuns acasa*?"
subiectul: "*i-am povestit sotiei ce s-a intamplat si m-am simtit si mai rau si mai vinovat*"
lucratorul de criza: "*cred ca sotia v-a incurajat*?"
subiectul: "*da, dar asta nu reduce responsabilitatea mea materiala si juridica*"
lucratorul de criza: "*spunti-mi ce intelegeti prin aceasta, va rog*"…

Facilitatori si bariere in calea comunicarii. Indiferent de scopul comunicarii, ea este un proces dinamic care se deschide sau inchide prin mesajele verbale sau non-verbale pe care cei doi interlocutori si le dau unul altuia pe parcursul dialogului.Exista lucruri care injectate in comunicare pot sa o fluidizeze sau din contra, sa o bareze.Lucratorul de criza trebuie sa fie foarte atent pentru a facilita comunicarea cu subiectul in nevoie si sa ia in considerare ca acesta este intr-o situatie vulnerabila in care comunicarea poate fi benefica. De multe ori insasi criza creiaza o incapacitate temporara de comunicare, de unde nevoia de rabdare, de clarificare a confuziei inerente crizei, valorizarea perioadelor de liniste, importanta mesajelor non-verbale si sugestiilor conversationale pozitive. Poate cel mai important facilitator al comunicarii terapeutice este impartasirea. Astfel, impartasirea observatiilor culese pa parcursul conversatiei prin facerea unor comentarii despre cum persoana arata, vorbeste sau actioneaza, precum "*aratati obosita*", "*cuvintele Dvs suna foarte trist*" subliniaza interesul si atentia pe care profesionistul o da subiectului. Alt facilitator poate fi impartasirea sperantei prin comunicarea deschisa a unui sens al posibilului, incurajari si feedback pozitiv: "*Sunt convins ca veti face fata situatiei pentru ca ati aratat curajul si abilitatea necesara cu atatea alte ocazii*".

Impartasirea sentimentelor prin incurajarea expresiei lor de-a lungul conversatiei este o alta tehnica de facilitare. Aceasta contribuie la construirea sentimentului de a fi impreuna, de apropiere si simpatie si la modelarea maniei sau ostilitatii. Impartasirea acceptarii arata subiectului ca realitatea vietii lui a fost inteleasa si validate de interlocutor: "*este atat de uman sa traiesti astfel de emotii dupa pierderea care l-ati avut-o*". La fel, profesionistul trebuie sa respecte perioadele de liniste ale subiectului, sa nu le tulbure cu intrebari si astfel impartasirea linistii arata consideratia de care subiectul se bucura, lucru care sporeste increderea si deschidere. Acestea sunt doar tehnici simple de facilitare a comunicarii din criza, alaturi de furnizarea de informatii confidente, de rezumarea informatiilor culese pana in anumit punct sau punerea de intrebari referitor la aspectele relevante ale crizei.

Exista insa factori care bareaza comunicarea si implicit evaluarea in criza. Acestia tradeaza un deficit de formare profesionala a lucratorului de criza, o personalitate nepotrivita pentru rolul sau profesional sau o incapacitate de a-si suprima propriile reactii

in fata situatiei particulare a subiectului, situatie care ar pune in discutie valorile si credintele lucratorului de criza.

Printre cele mai frecvente greseli facute pe parcursul comunicarii in criza sunt (modificat dupa Millman si colab. 1998; Ackley si Ladwig, 2010):

- punerea de intrebari cu caracter personal cu scopul de a satisface curiozitatea proprie: "*atunci de ce v-ati casatorit cu aceasta persoana*…";
- oferirea de opinii care bareaza subiectul in construirea propriilor solutii: "*eu asa as fi facut*…" sau "*ce a gandit parintii Dvs cand au aflat*…";
- schimbarea subiectului cand individual dorea de fapt sa continue; arata lipsa de empatie si de consideratie fata de situatia in care se afla;
- furnizarea de replica automate care arata un spirit critic si de generalizare: "*batranii totdeauna fac asa ceva*…" sau "*parintii nu prea le pasa de opiniile copiilor*…";
- falsa consolare precum "*nu va ingrijorati, totul o sa fie bine*…" lasand subiectului impresia ca aceste mesaje nu au o baza reala si situatia lui in fapt este mult mai grava;
- solicitarea de justificari sau explicatii care poate transforma comunicarea terapeutica intr-un interogatoriu. Intrebari care incep cu "de ce" sunt cu totul nepotrivite in evaluarea situatiei de criza, de exemplu: "*de ce sunteti asa de trist*?, "*de ce ati reactionat astfel*?", "*de ce ati gandit asa*?", etc.
- aprobarea sau dezaprobarea creiaza impresia de a fi intr-un loc unde este judecat, unde exista tendinta de a i se impune anumite atitudini, valori sau standarde morale si ca exista o lipsa de consideratie fata de unicitatea lui ca persoana si ca situatie de criza; comentarii care incep cu "*ar fi trebuit*" sau "*ar fi trebuit sa fiti mai prudent*"sunt neadecvate. Aceste aprecieri lasa subiectului impresia ca este judecat, ca profesionistul isi aroga o pozitie superioara, intransigenta, dupa care subiectul devine mai precaut cu furnizarea de informatii autentice despre criza pe care o strabate;
- confruntarea cu subiectul si introducerea nerabdarii, ostilitatii si iritarii;
- raspunsuri devensive care incearca sa difuzeze mania si supararea subiectului "*nu ar trebuie sa fiti asa supart pentru ca de fapt asta se intampla la toata lumea*", "*astazi traim astfel de vremuri"* arata de fapt ca subiectul nu este luat in serios,

situatia lui este dizolvata in trivial si sentimentele lui de deziluzie si lipsa de ajutor se accentueaza.

In tabelul Nr. 3 se prezinta un tablou sintetic al barierelor comunicarii in criza si exemple de intrebari sau comentatii indezirabile in comunicarea din programul de criza.

Denumirea barierei	**Definitia**	**Exemple**
Judecarea	Emiterea de judecati asupra subiectului si a crizei prin care trece	*Ar fi trebuit…* *Ar fi fost bine…*
Rejectia	Profesionistul nu ofera suport	*Este problema ta, nu a mea…*
Blamarea/critica	Plasarea vinovatiei pe persoana respective	*Este gresala ta…*
Etichetarea	Folosirea de denumiri sau cuvinte cu conotatii negative	*Numai un prost ar face asa ceva…*
Transferarea	Confesarea nepotrivita in fata subiectului	*Sa-ti spun eu ce s-a intamplat cu mine…*
Darea de ordine	Oferirea unei solutii fara nici o alta alternativa	*Trebuie sa faci asa…*
Amenintarea	Folosire de amenintari sau promisiuni nepotrivite pentru a face ceva anume	*Daca nu faci ce-ti spun…* *Daca faci ceea ce spui o s-o patesti…*
Lipsa de claritate	Discutie confuza si lipsa de consistenta in stabilirea limitelor si rolurilor	*O sa vezi…Poate…* *O sa ma gandesc…*
Solicitarea	Persistente cereri si ordine	*Ti-am spus de o mie de ori…* *De cate ori trebuie sa-ti mai spun…*

Tabelul Nr. 3: Bariere ale comunicarii in criza

Particularitatile comunicarii cu copii

Aparitia unui copil in programul de criza nu mai este un lucru rar dar ramane ca totdeauna un lucrur sensibil. Niciodata in programul de criza, abilitatile, cunostintele, responsabilitatea si etica unui profesionist nu sunt pus in discutie mai mult ca atunci cand lucreaza cu un copil. Cel mai important factor care determina lucrul acesta este ca in cazul copiilor criza are mai mult aspect comportamental decat verbal.

Pentru a lucra cu copii, lucratorul de criza trebuie sa combine doua lucruri: i) sa identifice intelesul comportamentului copilului in contextual familial si social si ii) sa devina avocatul lui in acest context. Abordare terapeutica a copilului trebuie sa se bazeze

pe intelegerea lumii emotionale si sociale a copilului combinata cu reprezentarea lui in fata oricarei autoritati, inclusive cea paternala. Prin comportamentul afisat copilul incearca sa comunice cu familia sa si cu altii si este sarcina oricarui profesionist si mai ales a lucratorului de criza sa identifice comportamentul si sa decodifice intelesul acestuia pentru a furniza un raspuns efectiv la criza. Recunoasterea faptului ca comportamentul copilului are un inteles comunicativ face ca evaluarea copilului sa fie nu numai verbala dar si comportamentala (Schmidt-Neven, 2010).

Pentru copil mesajul comportamental este strans legat de experienta lui dobandita pe parcusrul dezvoltarii. Ideia ca copilul este un participant ignorant la viata familiei este simplista si neproductiva. Copilul exprima prin comportament dorintele, nevoile si atasamentul fata de familia lui. Parintii exista in copil si copilul exista in parinti. Astfel comportamentul copilului este dinamic, expresiv, si modulat de relatia cu persoanele semnificative de atasament. In drumul spre maturare, comportamentul copilului tradeaza si relatia dintre lumea imaginara si cea reala a lui. Prin experientele dobandite in joc si fantezie copilul creiaza premizele de a deveni un actor in lumea reala. Profesionistul de criza trebuie sa ia in considerare ca prin joc copilul de fapt lucreaza, experimenteaza si descopera granite dintre fantezie si imaginatie si lumea reala. Capacitatea unui copil de a se juca il ajuta sa experiemnteze, sa invete, sa negocieze si in final sa rezolve dileme care sunt din ce mai aproape de lumea reala, mai mult decat cu ajutorul comunicarii verbale. Toate aceste considerente fac ca sa existe o anumita discrepanta intre problemele prezentate de copil si familia acestuia si problemele reale ale lui, intre problemele evidente si cele acoperite. Rolul lucratorului de criza este sa asculte dar si sa culeaga comportamentul non-verbal al copilului, sa exploreze si sa valideze lumea lui imaginara si de joc, sa recunoasca importanta negocierii dintre contextual real, familial si social si lumea interioara a copilului, in care el isi permite sa-si expuna visele, dorintele si personajele pe care le iubeste si cu care vrea sa se confunde. In felul acesta se obtine o coerenta si continuitate a comunicarii cu copilul (Schmidt-Neven, 2010).

Mai jos sunt redati pasii esentiali in abordarea si comunicarea cu un copil aflat in programul de criza (modificat dupa Gurian, 2002):

1. fi sigur ca esti emotional competent sa lucrezi cu un copil in criza;

2. recunoste limitele competenti si responsabilitatii profesionale si anunta celelalte agentii locale de protectia a copilului si familia despre faptul ca copilul a fost adus/prezentat in programul de criza;
3. furnizeaza copilului un mediu comfortabil si de incredere in care sa fie capabil sa se exprime;
4. lasa-l sa inteleaga despre confidentialitatea programului, dar si despre limitele ei si faptul ca esti indreptatit sa impartasesti unele informatii cu autoritati (parinti, agentii de protectia copilului, politie);
5. foloseste limbajul corporal ca sa exprimi empatia, intelegerea, calmul si deschiderea spre comunicare;
6. lasa-i copilului controlul situatiei, ofera-i posibilitatea sa refuze sa vorbeasca sau sa plece, vorbeste-i de drepturile lui dar si de capacitatea si dorinta ta de a fi avocatul lui;
7. evalueaza statutul fizic al copilului, daca este hidratat, daca a mancat, daca nu a fost lovit sau maltratat; evalueaza daca exista vreun risc vital; fa legatura cu un medica daca e cazul;
8. invita-l si lasa-l sa se joace, sa deseneze sau sa scrie in timpul evaluarii;
9. stai in fata lui, de preferinta la acelasi nivel cu el, utilizeaza contactul vizual dar nu fi iscoditor, zambeste si incurajeaza;
10. ajuta-l sa aiba incredere in tine si in el insusi; pastreaza acelasi nivel emotional care-l incurajeaza sa fie stabil; ai grija la tonul vocii si expresia ta faciala;
11. obtine informatiile de baza despre copil, nume, adresa, telefon, numele parintilor
12. foloseste intrebari deschise si foloseste observatia pentru a evalua comportamentul; foloseste un limbaj pe care copilul sa-l inteleaga sau pe care copii in general il folosesc;
13. nu-l forta sa raspunda la intrebari, dar refrazeaza intrebarile ca si cum nu au fost puse anterior;
14. spre deosebire de adulti, copiilor le plac intrebari care incep cu: “de ce?”, “cum?”, “cine?”
15. ajuta-l sa denumeasca corect emotii si judecati; sa deosebeasca intre imaginar si real;

16. accepta schimbari rapide de dispozitie ca si comportamente regressive (tipa, loveste, plange in hohote);
17. incearca sa-l ajuti sa fie concret, concis, accepta sa reinterpreteze si reformuleze;
18. incurajeaza sa comunice evenimente neplacute, jenante sau sentimente confuse in cuvinte proprii;
19. valideaza si normalizeaza reactii si dificultati emotionale (daca plange, daca striga, crize de nervi, manie, opozitie);
20. ofera suport si accepta orice fel de emotii si expresii; incurajeaza discutia despre ele si responsabilitatea proprie in exprimarea lor;
21. nu eticheta si nu blama nici una din reactiile si emotiile exprimate, din contra ofera complimente pentru capacitatea de exprimare si insight;
22. asculta activ ce copilul incearca sa spuna, tolereaza-i vorbaria ca si momentele de liniste; nu uita ca este un drept al copilului de a fi ascultat;
23. nu fi critic, elibereaza-te de orice prejudecati, morale sau profesionale, fi atent, clipa de clipa, mai ales la limbajul corporal si comunicarea non-verbala;
24. mentine limitele profesionale si un sens al stabilitatii emotionale si al sigurantei personale.

Particularitatile comunicarii cu batranii

Spre deosebire de copii, unde comunicarea este mai mult comportamentala, comunicarea cu batranii este mai mult verbala. Batranii au tendinta de a verbaliza si emotionaliza majoritatea aspectelor existentei cotidiene. In criza, ei se adreseaza usor programelor de criza, cum tot asa de usor se indreapta spre o situatie de abandon personal si generarea unei ideatii suicidare.

Comunicarea cu batranii este uneori influentata de deteriorarea cognitiva datorita varstei sau a unor cause medicale si astfel limbajul poate fi mai sarac, pot apare lapsusuri de memorie, probleme de auz sau dificultati de a mentine focusul conversatiei. Alte bariere in comunicarea cu batranii sunt date de tendinta lor de a exagera prejudiciul, suspiciozitate, rigiditate in a recepta alte puncte de vedere, exagerarea distorsiunilor cognitive negative cu inclinatie spre dispozitie depresiva.

Mai jos sunt cateva elemente de tehnica de comunicare cu persoanele in varsta:

- asigura-te de la inceput de capcitatea cognitive si senzoriala a subiectului (daca este orientat in timp si la persoana, daca aude, daca intelege, etc.);
- adopta o atitudine prietenoasa, utilizeaza limbajul corporal si tehnicile de ascultare activa si empatica;
- pastreaza un contact visual activ si o expresie faciala receptiva;
- foloseste un ton si un ritm de vorbire adaptat la capacitatea de receptie a unui om batran;
- daca exista probleme de comunicare sau intelegere foloseste diagrame sau creion si hartie;
- incurajeaza persoana sa fie activa, sa descrie, sa furnizeze informatii si sa nu se limiteze doar la afirmatii sau negatii scurte;
- foloseste un limbaj clar, simplu si concis;
- ajuta subiectul sa mentina focusul si sa nu divagheze;
- schimba subiectul cu blandete;
- valideaza emotiile si reactiile pozitive ale subiectului;
- ajuta subiectul sa-si asume responsabilitatea luarii deciziilor si a schimbarii;
- combate sentimentul de neajutorare si lipsa de speranta.

Particularitatile comunicarii la telefon

Comunicarea, evaluarea si interventia la telefon ocupa mare parte din orice program de interventie in criza. Abilitatea de a comunica la telefon, de a pastra subiectul in comunicare, de a extrage informatiile necesare si de a face acele interventii care sunt adaptate acestui gen mediat de intalnire interumana, fac parte din repertoriul obligatoriu al unui lucrator de criza.

Multi indivizi aleg astfel de comunicare cu programele de criza pentru ca ele garanteaza anonimitarea, pentru ca interuperea comunicarii este la indemna subiectului, pentru ca relatia terapeutica este mai putin emotionala si angajanta si nu in ultimul rand pentru ca este mai comoda.

Exista niste calitati generale pe care trebuie sa le indeplineasca lucratorul de criza de la capatul firului pentru a implini criteriile de performanta cerute de o linie de criza:

- sa se identifice clar pe el insusi si programul caruia ii apartine;
- sa fie curtenitor si accesibil;
- sa aibe un stil clar si acurat;
- sa adopte o voce care confera liniste, calm si siguranta;
- sa degaje confidenta prin raspunsuri adecvate, precise, fara ezitari si amanari;
- sa accepte sa fie intrerupt fara a-si pierde focusul;
- sa stie sa mentina raportul cu cel ce a telefonat, sa tina deschisa comunicarea si sa exprime interes si consideratie fata de subiect;
- sa reziste la frustrare, sa nu raspunda la limbajul injurios si sa fie echilibrat afectiv in orice imprejurare;
- sa stie sa administreze apeluri multiple sau intrerupte;
- sa arate interes egal pentru orice fel de apel sau solicitare, indifferent de seriozitatea sau severitatea problemei;
- sa fie sincer si sa respecte limitele unei relatii profesionale;
- sa utilizeze umorul in limite rezonabile si sa nu fie in nici o ocazie sarcastic;
- sa stie sa raspunda la provocari fara a aduce daune programului sau celui care telefoneaza, sa nu-si piarda cumpatul in situatii de stress sau ofensive;
- sa fie comprehensiv in sensul de a putea sa se transpuna in locul celui care telefoneaza si astfel sa aiba rabdare, sa nu grabeasca subiectul, sa exprime simpatie, interes, dorinta si capacitatea de a ajuta, sa lase impresia ca a telefonat unde trebuie;
- sa aiba capacitatea de a trata plangerile si criticile celor care au telefonat;
- sa fie pozitiv cu orice imprejurare, sa elimine orice nota amenintatoare sau zeflemitoare, sa fie serios si amabil.

Toate aceste calitati si multe altele nementionate aici pot fi si considerate daruri naturale ale oricarui individ si daca cineva nu le are cu greu le-ar putea dobandi. Experienta programelor de “hotline” care lucreaza cu voluntari a aratat ca toate acestea sunt deprinderi care se pot slefui pe parcursul experientei pentru ca un lucratorul de criza este cu fiecare caz mai bun si mai pereformant, fiecare intalnire interumana fiind formativa.

Bibliografie:

Ackley BJ, Ladwig GB (2010): Nursing Diagnosis Handbook: An evidence-based guide to planning care, 9th Ed. Mosby Elsevier, St. Louis, MI

Egan G (1990): The skilled helper: Models, skills, and methods for effective helping, 4th Ed. Pacific Grove: Books/Cole Publ.Co.

Egan G (2006): Exercises in Helping Skills for Egan's The Skilled Helper: A Problem-Management and Opportunity Development Approach to Helping, 8th Ed, Pacific Grove: Books/Cole Publ.Co.

Fielding RG, Llewelyn SP (1987): Communication training in nursing may damage your health and enthusiasm: some warnings. Journal of Advanced Nursing. 12 (3): 281-290.

Fromm E (1994): The Art of Listening, Constable and Robinson, London.

Gilliland BE, James RK (1996): Crisis Intervention Strategies, 3rd Ed, Books/Cole Publ.Co. Boston, MA

Gurian A (2002): Caring for kids after trauma and death: A guide for parents and professionals, The Institute for Trauma and Stress at The NYU Child Study Center, Bear Stearns Charitable Foundation, New York, NY.

Hoff, LA (1995): People in crisis: understanding and helping, 4th Ed. Jossey-Bass Publ. San Francisco, CA

Mallett J, Dougherty L (2000): Manual of clinical Nursing Procedures. 5th Ed. Blackwell Science, London.

Millman J, Strike MD, Van Soest M, Rosen N, Schmidt E (1998): Talking with the caller: Guidelines for crisisline and other volunteer counselors, Sage Publ. Thousand Oaks, CA.

New Jersey Self-help Group Clearinghouse: Improving your listening skills http://www.mededfund.org/NJgroups/Listening_Skills.pdf, accesat in 15 Nov. 2011

Noesner GW, Webster M (1997): Crisis Intervention: Using active listening skills in negotiations, Law Enforcement Bulletin, August,1997

Orbach S (1994): What's Really Going On Here? Virago: London, UK

Schmidt-Neven R (2010): Core principle and assessment and therapeutic communication with children, parents, and families, Routledge, Hove, East Sussex, UK.

Vecchia GM, Van Hasseltb VB, Romano SJ (2005): Crisis (hostage) negotiation: current strategies and issues in high-risk conflict resolution, Aggression and Violent Behavior, 10:533–551.

2. Evaluarea in criza

Evaluarea persoanelor in criza este un proces dificil care rezida din insasi dificultatea definirii crizei. Astfel ne-am putea intreba pe drept cuvant: "*Cum sa recunosc o persoana in criza? Cum sa deosebesc o persoana in criza de una care este afectata psihic dar nu este in criza? Cum sa aflu ce se intampla realmente cu o persoana in criza daca ea este atat de tulburata? Ce pot sa-i spun aui sa intreb o persoana aflata in criza?*".

Interesant de subliniat este ca limbajul crizei este unul obisnuit, comun, in aceasta comunicare nu exista limbaj tehnic pentru ca atat persoana in criza cat si cea care asculta sau evalueaza utilizeaza un vocabular uzual pentru ca numai asa se pot transmite si recepta mesajele de compasiune, comuniune si ajutor.

Indiferent cat de emotional sau dramatic ar fi modul de prezentare a crizei, lucratorul din criza trebuie sa raspunda la mai multe intrebari: Cat de severa este criza si care este nivelul de urgenta si nivelul de interventie? Este subiectul in pericol sa comita un suicide? Trebuie spitalizat? Ce resurse sunt diponibile si adecvate situatiei subiectului? Dar intrebarile care au prioritate sunt cele legate de urgenta raspunsului in criza, respectiv care este nivelul sigurantei persoanei in cauza si a altora din jur si daca functionarea persoanei nu pune in pericol integritatea subiectului sau a celor din jur. Astfel, tinta principala a evaluarii trebuie sa fie identificaree rapida pericolul pe care subiectul il reprezinta pentru el insusi sau pentru altii si cat de deteriorata este functionarea subiectului fata de nivelul anterior (Hoff, 1995). Aceste doua raspunsuri vor dirija directia si magnitudinea interventiei in criza.

De acuratetea si rapiditatea evaluarii in criza depinde eficacitatea interventiei. Astfel procesul de evaluare nu se oprezete la primul contact cu subiectul, el trebuie sa fie generalizat, intentional si continuu pe tot parcursul activitatii lucratorului in criza, cu alte cuvinte, procesul de evaluare nu se opreste nici atunci cand se furnizeaza interventia activa in criza. Dupa Gilliland si James (1996) acest proces de evaluarea este continuu si generalizat pentru ca cuprinde toate aspectele vietii personale si sociale ale subiectului, ceea ce permite lucratorului in criza: i) sa determine nivelul de letalitate (pericolul pentru subiect si/sau pentru altii); ii) sa determine severitatea crizei; iii) sa determine stabilitatea

emotionala si toleranta la distress a subiectului si iv) sa determine capacitatea de coping a subiectului, reteaua de suport, functionalitatea si alternativele disponibile. In Tabelul Nr. 1 se prezinta succinct scopurile evaluarii in criza.

Informatiile necesare evaluarii crizei.

1. Se solicita individului sa descrie evenimentul declansator al crizei;
2. Se determina cand s-a produs (secventa temporala a crizei);
3. Se evalueaza potentialul de suicide si/sau homicid, existenta planului sau a intentiei in acest sens;
4. Se evalueaza starea mentala si fizica a subiectului, functionarea generala in ariile domestica, sociala si vocationala;
5. Se evalueaza consumul de alcool/substante, actual si in trecut;
6. Se evalueaza daca subiectul a experimentat acest stressor si cu alta ocazie si ce metode de coping a utilizat;
7. Se determina ce capacitate de coping are actualmente subiectul; daca a incercat vreo metoda de a iesi din criza si ce rezultat a avut;
8. Se solicita individului sa precieze care este perceptia proprie despre criza, severitatea ei, existenta resurselor proprii (calitati, abilitati, experienta, trasaturi de caracter/personalitate, etc.)
9. Se determina accesul la reteaua proximala de support (familie, prieteni, colegi, etc.);
10. Se determina nivelul de functionare in pre-criza;
11. Se stabileste aderenta subiectului la mijloacele sau metodele exterioare disponibile de ajutor.

Tabelul Nr. 1: Tintele de urmarit in timpul evaluarii crizei

De multe ori lucratorul in criza trebuie sa faca evaluarea in cateva minute si apoi sa initieze fara intarziere interventia specifica insa acuratea si confidenta nu trebuie sa sufere. Aceasta este una din principalele diferente fata de modelul de abordare a unui subiect in terapie. Prezentare secventia a evaluarii in criza si compararea acesteia cu modelul terapeutic obisnuit este infatisata in Tabelul Nr. 2.

Instrumentele evaluarii in criza:

Succesul evaluarii in criza se bazeaza pe modul in care informatiile sunt culese. Aceste date pot fi culese prin:

- interviu structurat sau nestructurat;

- administrarea unor instrumente standardizate specifice evaluarii crizei, precum fise saa scale de evaluare a crizei sau triajului;

- instrumente standardizate non-specifice crizei dar specifice unor aspecte psihopatologice sau comportamentale intalnite la oamenii in criza.

Fiecare din aceste proceduri are calitatile si minusurile ei insa alegerea uneia sau alteia tine de particularitatile subiectului si a crizei de evaluat, de timpul alocat evaluarii si de familiarizarea clinicianului cu aceste instrumente.

Interviul nestructurat are avantajul ca este flexibil adaptandu-se rapid naratiunii subiectului dar are inconvenientul este lung si furnizeaza doar o istorie cronologica a situatiei si a functionarii subiectului si nu lasa prea mult loc identificarii consecintelor crizei asupra cognitiei si afectivitatii subiectului in mod organizat asa cum o face interviurile sau scalele structurate. Astfel, in cazul unui subiect suicidal este imperios necesar aplicarea unui instrument specific de evaluare care extrage toate elementele de risc si severitatea ideatiei suicidare si face care evaluarea sa fie confidenta. Desigur ca experienta profesionala a lucratorului in criza are un cuvant greu de spus in alegerea tehnicii de evaluare insa nu trebuie neglijat faptul ca orice evaluare se stocheaza electronic sau pe hartie in dosarul clientului si represinta o piesa importanta in judecarea ulterioara a succesului sau esecului interventiei in criza si in transferul responsabilitatii atunci cand un subiect vazut in criza este ulterior mutat spre ingrijire intr-un alt serviciu. La fel, factorul timp este un alt factor care determina alegerea, interviul nestructurat putand fi foarte scurt sau foarte lung. pe cand administratea unor instrumente standardizate cere un anume timp pentru fiecare din ele. Interviurile structurate implica administrarea unui set de intrebari predeterminate, unele din ele fiind nepotrivite pentru situatia specifica sau apartenenta culturala in cazul particular al unui subiect. Avantajul instrumentelor stardardizate si structurate este ca nu se uita nici un aspect al evaluarii, inclinatia teoretica a profesionistului este minimalizata, iar datele se pot inregistra mai usor spre deosebire de interviul obisnuit care lasa in urma doar o poveste la indemana calitatilor narative/literare ale intervievatorului.

Evaluarea in criza	Evaluarea in terapie
Importanta evaluarii	
Fara evaluarea nu se poate identifica felul interventiei; de acuratetea evaluarii depinde siguranta subiectului si celor din jur si eficacitatea raspunsului la criza;	Evaluarea se refera la identificarea simptomelor si a severitatii lor, lucru important pentru formularea diagnosticului si alegerea terapiei;
Culegerea datelor la prezentare	
Clientul poate sa fie incapabil sa furnizeze informatii datorita starii disfunctionale in care se afla, instabilitatii emotionale sau presiunii timpului;	Clientul este stabil si furnizeaza date confidente, timpul nu este o constrangere;
Timpul alocat:	
Exista presiune a timpului si uneori nu se pot administra instrumente standardizate; evaluarea se poate baza pe contactul verbal si pe observatia clientului; dureaza in medie 5-15 minute	Terapistul are tot timpul necesar sa adminstreze interviuri sau instrumente standardizate conform algoritmului de evaluare si supozitiei diagnostice; dureaza in medie 30-60 minute;
Scopul evaluarii	
Identificarea rapida a periculozitatii, a gradului de functionare, a resurselor de coping a individului si a persistentei agentului traumatizant	identificarea perturbarilor homeostaziei psiho-fiziologice a subiectului si legitimarea statutului de bolnav a subiectului;
Evaluarea periculozitatii:	
Evaluarea suicidalitatii/homicidalitatii sau a altor pericole iminente ale subiectului sau a altora este prima prioritate a evaluarii;	Evaluarea suicidalitatii sau a amenintarii altora nu este prima prioritate in terapie;
Evaluarea functionarii cognitive, emotionale si comportamentele:	
Reprezinta evaluarea contactului cu realitatea, abilitatea de a gandi clar si logic, abilitatea de a identifica emotiile si de a controla si tolera emotiile negative si distress; abilitatea de a controla impulsuruile si a functiona adecvat;	Terapistul considera ca clientul este in contact cu realitatea si nu o evalueaza decat daca existe indici care sa justifice aceasta (de ex. indici de psihoza);

Tabelul Nr. 2: Secventa si caracteristicile diferentiale ale evaluarii in criza si in terapie.

Exista si instrumente de evaluare specifice destinate anume pentru situatii particulare de criza. Aplicarea lor tine de contextual tipic al unor crize, mai ales la copii si adolescenti si astfel evaluarea este tintita si individualizata. Profesionistul trebuie sa fie suficient de experimentat si flexibil in a alege cea mai buna tehnica de evaluare in favoarea clientului si nu a simplificarii activitatii proprii. Indiferent de ce metoda se aplica, datele exentiale trebuie culese adectat: factorii declansatori si favorizanti ai crizei, siguranta subiectului si a celor din jur (letalitatea), felul cum traieste subiectul criza in registrul afectiv, cognitiv si comportamental, felul cum se repercuta ea asupra functionarii lui domestice, sociale si vocationale, nivelul competentei lui de coping, planul lui de depasirea crizei, existenta resursele disponibile de depasire a crizie (suportul social proximal).

Mai departe in acest capitol se vor prezenta detaliat diferite metode de evaluare in functie de modelul teoretic de evaluare iar alte insturmente de evaluare se vor prezenta in capitolul destinate interventiei in situatii specifice de criza, precum metodele de evaluare pentru copii si adolescenti sau evaluarea clientului suicidar.

Modelele evaluarii in criza:

Cum se repeata mereu, evaluarea este elemental cheie a oricarei interventii in criza. In mod tipic, aceasta evaluare poate fi facuta rapid, in primele 5-15 minute ale contactului cu subiectul in criza si o buna comunicare si ascultare atenta pot fi suficiente. Exista si cazuri cand evaluarea este mai laborioasa atunci cand identificarea elementelor relevante este esentiala atat pentru interventie dar si pentru consecintele ulterioare ale criziei, precum in cazul tentativelor de suicide, violentei familiale, copilului abuzat, etc. In plus, acuratetea evaluarii este importanta si pentru responsabilitatea profesionala a lucratorului in criza, lucru deloc de neglijat, rapunsul la criza putand sa atraga rapunderi pe linie profesionala si/sau legala.

Pentru a raspunde la aceste cerinte, lucratorul in criza trebuie sa stapaneasca diferite modele de evaluare in culegerea datelor necesare formularii unui plan de interventie si a desfasurarii lui cu success. Oricare ar fi modelul de evaluare, el trebuie sa indeplineasca urmatoarele criterii (Myer, 2000):

1. modelul de evaluare trebuie sa fie parcimonios si prietenos in sensul ca el trebuie sa fie scurt, clar, usor de folosit, neofensiv pentru subiectul in criza;

2. modelul trebuie sa poate fi adaptabil pentru diferitele situatii de criza, sa permita culegerea de informatii indiferent de natura crizei;
3. modelul trebuie sa fie holistic in sensul ca trebuie sa culeaza informatii in diferite arii de functinare a subiectului in care el experiemnteaza criza;
4. modelul trebuie sa fie adaptat caracteristicii temporale a crizei si ghidat spre procesul de interventie, unaori totusi lucratorul in criza este preocupat prea mult de interventie si poate ignora informatii care ulterior se pot dovedi a fi esentiale;
5. modelul trebuie sa ia in considerare apartenenta cultrala diferita a subiectului,
6. evaluarea trebuie sa fie fluida si continua chiar si in timpul interventie si sa permita culegerea datelor istorice.

In cele ce urmeaza se vor prezenta diferite modele de evaluare cu partile pozitive si negative ale lor.

Modelul Hoff (1995) este un model simplu cu urmatoarele caracteristici:

- se bazeaza pe conceptual vulnerabilitatii postuland existenta unui agent hazardos, neasteptat si brutal, care vulnerabilizeaza persoana si a unui eveniment declansator care poate fi minor ca intensitate dar care reprezinta “ultima picatura” care face ca abilitatile de coping ale persoanei sa fie depasite;
- modelul presupune evaluarea a doua nivele: evaluarea letalitatii (periculozitatii fata de propria persoana si fata de altii) si evaluarea functionarii persoanei;
- evaluarea conduce implicit la descrierea reactiilor subiectului pe mai multe paliere: comportamentul suicidar/homicidar, modul de expresie a emotiilor si controlul lor, consumul de alcool si alte substante, problemele legale si modul de utilizare a resurselor disponibile de ajutor;
- modelul cuprinde si evaluarea factorilor socio-economic si culturali care au impact in situatia de criza;
- modul de evaluare este comprehensiv cuprinzand o secventa logica, usor de urmarit a culegerii de informatii; Hoff furnizeaza cateva instrumente de evaluare precum fisa de contact initial; fisa de evaluare comprehensive a starii mentale care culege de date de la subiect si de la alti informanti si evaluarea lucratorului de criza pe urmatoarele domenii: starea fizica, evaluarea globala a persoanei, letalitatea, functionarea ocupationala, familia, consumul de substante, probleme legale si

folosirea resurselor de ajutor; fisa de auto-evaluare a subiectului pe aceleasi domenii iar intrebarile si raspunsul lor este evaluat pe o scala de severitate cu cinci nivele; in anexele Nr. 1 si 2 se prezinta modelul formularului de contact initial cu subiectul in criza si formularul de auto-evaluare a clientului;

- calitatile modelului Hoff sunt: i) modul de evaluare este non-specific si poate fi valabil pentru un larg spectru de crize, ii) evaluarea este comprehensive si permite formularea de intrebari la latitudinea lucratorului in criza, iii) modelul evalueaza si factorii culturali si impactul lor asupra crizei;
- minusurile modelului Hoff sunt: i) evaluarea este nestructurata si oarecum redundanta ceea ce face ca sa fie dificil sa se construiasca o secventa temporala a crizei, ii) modelul nu este orientat spre formularea unei interventii specifice.

Modelul Slaikeu (1990) este un alt model de evaluare care are urmatoarele caracteristici:

- evaluarea se face pe doua paliere: evaluarea necesitatii "primului ajutor psihologic" si evaluarea necesitatii terapiei crizei;
- primul ajutor psihologic reprezinta o interventie rapida care are scopul de a restabili capacitatea de coping a individului, punerea lui in afara pericolului de suicid si conectarea lui cu suportul necesar;
- terapia crizei reprezinta un process mai elaborat care are ca scop sprijinirea subiectului in a trece prin criza, de a face schimbarile necesare si de a-si reconstrui viata la nivelul functional anterior;
- autorul propune o evaluare multidimensionala subsumata acronimului BASIC: (B) reprezinta evaluarea comportamentala si a suicidalitatii subiectului; (A) reprezinta evaluarea afectivitatii, a emotiilor care sustin dezordinea comportamentala sau gandurile suicidare si legatura lor cu evenimentele ce au declansat criza; (S) implica evaluarea somatica generala a functionarii corporale si decelarea simptomelor fizice; (I) presupune cerecetarea relatiilor interumane ale subiectului precum stilul, natura, frecventa si calitatea lor; (C) se refera la aspectele cognitive ale subiectului precum nararea evenimentelor, formularea presupunerilor si credintelor subiectului, concordanta lor cu realitatea;

- autorul propune un formular cu 12 pagini care permite culegerea structurata a datelor evaluand situatia subiectului comparativ in pre-criza si in criza prin extragerea datelor de la subiect si de la diferiti alti informanti: la care se adauga informatii privind factorii declansanti si precipitanti;
- modelul este holistic, adaptabil la o varietate larga de crize si permite monitorizarea progreselor subiectului dar pe de alta parte evaluarea este laborioasa si se pierde mult timp cu inregistrarea datelor in defavoarea contactului empatic cu subiectul.

Modelul lui Hendricks si McKean (1995) este un model destinat lucratorilor din “linia intai” de raspuns la criza, fiind astfel un mod rapid si simplu de evaluare. Caracteristicile lui sunt:

- evaluarea presupune doua fatete: evaluarea “scenariului” crizei si evaluarea persoanei in criza;
- lucratorul in criza este incurajat sa stranga informatii atunci cand vede subiectul in situatia de criza, precum pe strada, la locul de munca, la domiciliu, etc. formuland intrebari precum: “*cine, ce, cand, unde si de ce*” construind astfel scena crizei;
- prima grija trebuie sa fie legata de evaluarea sigurantei subiectului precum prezenta gandurilor suicidare/homicidare, a comportamentului violent si existenta armelor sau a altor obiecte periculoase si sa determine injuriile déjà existente;
- evaluarea persoanei este pasul urmator si cuprinde exminarea statutului mental al subiectului: aparenta, orientarea, comportamentul, perceptia, emotiile si expresia lor, comunicarea, judecata, strategiile de coping, insight-ul si sa determine nivelul general de functionare a subiectului in timp real;
- al treilea pas este determinarea daca subiectul este sub influenta consumului de alcool si/sau droguri;
- partile lui positive sunt: modelul este holistic permitand evaluarea subiectului si a ambiantei criziei, punand accentul asupra circumstantelor crizei decat asupra sigurantei subiectului, modelul este fluid, permitand culegerea continua a datelor din diverse surse, este simplu, permite un triaj rapid si este orientat spre interventia imediata; partile lui negative sunt legate de faptul ca nu acopera toate felurile de crize si ignora evaluarea apartenentei culturale a subiectului.

Modelul triajului, dezvoltat de Myer si colab. (Triage Assessment Model - TAM, Myer si colab. 1992) este modelul care se va detalia aici pentru ca acesta pare ce implineste toate dezideratele unei evaluari de calitate.

Model lui Myer presupune evaluarea reactiilor subiectului din criza in trei domenii: afective, cogntiv si comportamental. In acest fel lucratorul in criza identifica toate vulnerabilitatile subiectului si afectarea functionarii lui pe aceste trei domenii (vezi Fig. Nr. 1). Fiecare domeniu este divizat in trei dimensiuni. Astfel domeniul afectiv cuprinde dimensiunile manie/ostilitate, anxietate/frica si tristete/melancolie, dimensiuni care sunt usor de inteles si evaluat. Reactiile din domeniul cognitiv sunt impartite si ele in trei dimensiuni: transgresiunea (subiectul percepe criza ca pe o violare a intimitatii si a drepturilor lui), amenintarea si pierderea, iar fiecare din aceste dimensiuni se evalueaza pe patru fatete: fizic (sanatate, siguranta si adapost), psihologic (self, identitate si bunastare emotionala), relatii sociale (familie, prieteni, colegi) si moral/spiritual (integritate personala, valori si credinte). Reactiile din domeniul comportamental includ dimensiunile: abordarea, evitarea si imobilitatea, ceea ce presupune ca subiectul in criza se va plasa pe una din aceste modalitati de reactie in incercarea lui de a depasi criza. In anexa Nr. 3 se prezinta formularul de triaj a lui Myer si colab. (2002). Mai jos se vor prezenta pe larg definitiile si treptele de severitate ale fiecarei dimensiuni din cele mentionate anterior.

Acest model a fost testat in ceea ce priveste validitatea comparativa cu alte moduri de evaluare si confidenta intercotatori pe patru loturi separate de subiecti (Watter, 1997). Rezultatele au aratat ca TAM prezinta proprietati corespunzatoare de validitate si confidenta care-l recomanda pentru introducerea in rutina zilnica a activitate in criza.

Conform autorilor, alte calitati care recomanda acest model ar fi:

- modelul este simplu si usor de inteles si utilizat;
- domeniile si dimensiunile lui sunt usor de tinut minte si astfel lucratorul in criza nu risca sa uite sau sa ignore vreo informatie;
- modelul este holistic in sensul ca acopera toate reactiile importante ale subiectului in criza;
- modelul este comprehensiv si permite evaluatorului sa inteleaga subiectul si criza lui in mod intuitiv;

- - modelul este orientat spre interventie si scalele de severitate permit lucratorului in criza sa dimensioneze adecvat raspunsul la criza;
- modelul TAM este fluid pentru ca se poate intinde si in timpul interventiei si rezolutiei crizei.

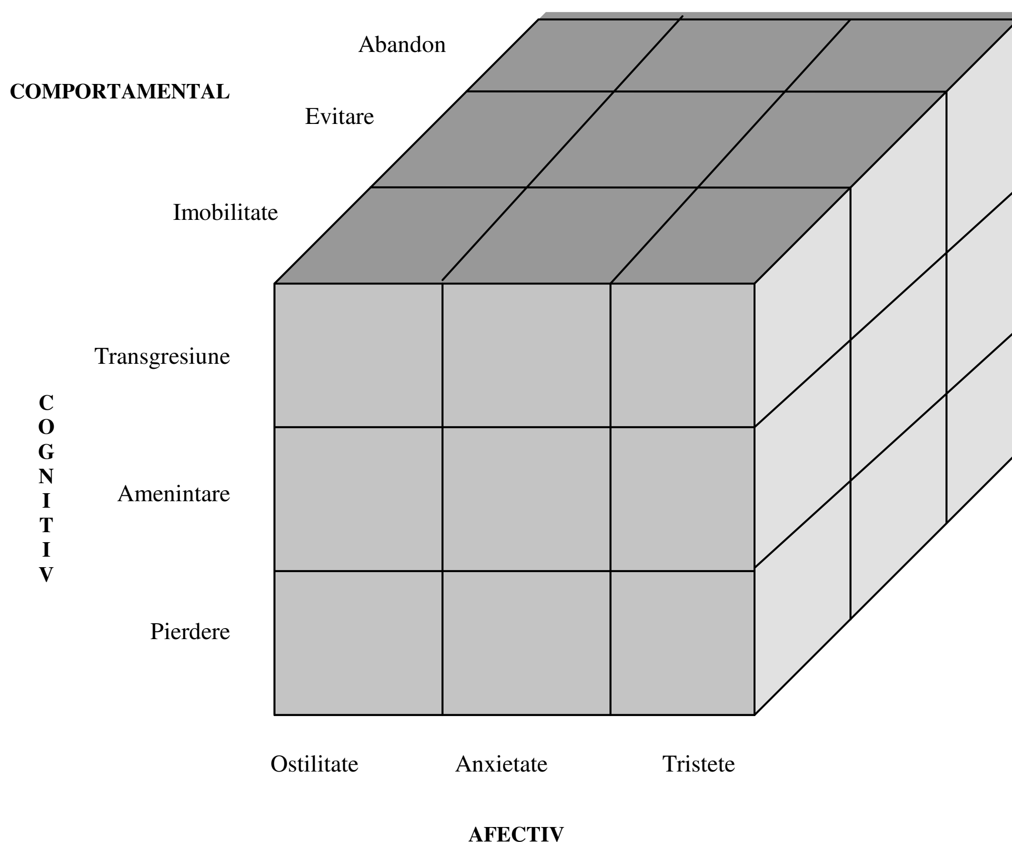


Fig. Nr. 1: Modelul tridimensional ale evaluarii in criza (Myer si colab.1992)

In mod practice, lucratorul in criza va evalua subiectul pe cele trei domenii enumerate mai sus. Se incepe cu evaluarea starii afective pentru ca de cele mai multe ori prezentarea crizei este incercata afectiv si subiectul vocalizeaza sentimentele lui, plange, suspina, tipa, geme, etc. Lucratorul trebuie sa inregistreze afectul subiectului si sa determine daca aceasta nu exprima un pericoul pentru subiect si pentru altii.Primul lucru

care lucratorul in criza trebuie sa-l faca este sa-i dea posibilitate subiectului sa-si exprime emotiile si sa-i ofere tot de timpul de care are nevoie pentru a le ventila, el trebuie sa fie atent atat la limbajul corporal cat si la cel verbal al subiectului. In acest moment, ascultarea activa si empatica isi are rolul esential de a impartasi sentimentele subiectului si de a culege datele necesare evaluarii crizei. Lucratorul trebuie sa fie atent si la reactiile emotionale proprii si trebuie sa le gradeze astfel incat sa exprime intelegere si incredere. Abilitatea si calitatea comunicarii cu subiectul in criza este esentiala in evaluarea strarii afective si culegeri datelelor care se afla in spatele acesteia. Myer (2000) recomanda cateva modalitati de a evalua afectivitatea subiectului in criza:

- in cazul clientului manios, lucratorul trebuie sa validaze sentimentele lui si sa seteze limite ferme in contactul emotional, verbal si comportamental cu subiectul;
- niciodata sa nu atinga un subiect manios;
- intrebarile autentice, clare sunt cele mai indicate cu un subiect manios;
- in cazul subiectului anxios, structura interviului este cea care conduce la reducerea ei;
- mesajele de linistire si protectie sunt eficace in cazul subiectului anxios;
- in cazul subiectului depresiv lucratorul trebuie sa fie rabdator si suportiv, sa-i ofere timp si empatie pentru a-si expune istoria.

Datele culese prin observarea si comunicarea cu subiectul vor conduce la evaluarea severitatii afectarii emotiilor a individului aflat in criza conform Tabelului Nr. 3 si scalei TAM din Anexa Nr. 3.

Scor	**Categoria**	**Descrierea**	**Catacteristici**
1	Nici o afectare	Afectivitate stabila cu variatii normale in timpul functionarii zilnice	Clientul identifica si recunoaste emotiile asociate crizei proprii; rutina zilnica nu este afectata de reactiile emotionale
2 & 3	Afectare minima	Dispozitie afectiva conform cu situatia, scurte perioade cu emotii negative cand situatia o cere, emotiile sunt sub controlul subiectului	Reactiile afective ale subiectului nu interfera cu activitatea zilnica a subiectului; subiectul poate prezenta usoara iritabilitate si fluctuatii emotionale dar este capabil sa-si moduleze reactiile emotionale in functie de context
4 & 5	Afectare usoara	Afectivitate conforma cu situatia dar emotiile negative sunt de durata mai lunga, subiectul le percepe inca ca fiind sub controlul propriu	Reactiile subiectului apar in relatie cu situatia; clientul intelege originea emotiilor lui; intensitate si oscilatii emotionale sub control; subiectul si le poate reamintii sau retrai;

6 & 7	Afectare moderata	Afectivitatea nu este congruenta cu situatia; perioada lunga cu emotii negative intense; emotiile sunt mai intense decat o cere situatia; subiectul face eforturi ca sa tina emotiile sub control	Subiectul exprima faptul ca emotiile lui nu sunt in limite normale; emotiile predomina modul in care traieste si exprima criza; emotiile interfera functionarea zilnica si subiectul face eforturi sa le controleze in intensitate, variabilitate sau ciclicitate; clientul nu poate exprima alte emotii decat cele legate de criza;
8 & 9	Afectare marcata	Afectivitate negativa marcata, emotii intense incongruente cu situatia, dispozitie instabila, emotiile sunt percepute ca nefiind sub controlul subiectului	Clientul exprima direct emotiile fara sa fie capabil sa le controleze sau atenueze; reactii afective excesive la orice fel de stimul, chiar in afara crizei; incapabil sa controleze emotiile, se simte dominat de ele si exprima frica de a pierde total propriul control;
10	Afectare severe	Decompensare emotionala evidenta, afectivitate disproportionata si intensa in afara controlului individului	Clientul poate fi in soc, incapabil sa vorbeasca, in stupoare emotionala si comportamentala, incapabil sa exprime vreo emotie sau din contra, apare intr-o expresie emotionala patologica

Tabelul Nr. 3: Scala de severitate a afectarii emotionale in criza (Myer, 2000)

Evaluarea afectarii cognitive in criza este problema cea mai dificila in evaluarea crizei datorita faptului ca reactiile cognitive si interpretarea crizei de catre individ se afla in spatele reactiilor lui afective fiind mascata de emotiile care domina expresia exterioara a crizei. Ignorarea acestora poate conduce la mentinerea distrosiunilor cognitve pentru multi ani dupa rezolutia crizei care le-a determinat (Meichenbaum si Fitzpatrick, 1993). Nu trebuie totusi ignorat faptul ca interpretarea crizei de catre subiect poate fi influentata in diferite grade de tulburarile cognitive preexistente crizei iar lucratorul in criza poate fi derutat de naratiunea subiectului. Iata de ce aceasta se afla intr-o dilema profesionala: sa vada criza prin ochii subiectului sau sa vina cu propria lui interpretare. Dupa Myer (2000) lucratorul in criza poate fi periclitat in diferite moduri datorita aceastei dileme:

i) poate minimaliza sau chiar rejecta felul cum descrie clientul criza considerand ca reactiile subiectului sunt disproportionate fata de evenimentul traumatizant;
ii) lucratorul isi impune propriile reactii cognitive pentru ca si el, la randul lui, a experimentat astfel de situatii considerand ca propriile experiente sunt mai confidente decat cele ale subiectului aflat in evaluare;

iii) aplica un sablon tipic pe care l-a construit cu alti subiecti in crize asemanatoare ignorand unicitatea fiecarui subiect in parte.

Conform teoriei lui Myer si colab. (1992) reactiile cognitive ale unui subiect in criza pot fi de trei feluri: amenintare, pierdere si transgresiune. Ele trebuie evaluate separate luand in considerare definitiile lor si gradul de severitate (vezi Tabelul Nr. 4 si Scalei TAM din Anexa Nr. 3). Pierderea si amenintarea sunt cele doua dintre cele mai frecvente perceptii sau interpretarii pe care subiectul le da crizei prin care trece. Amenintarea este vazuta ca o situatie viitoare si se exprima prin propozitii precum: *nu stiu ce se va intampla…, nu stiu daca voi putea indura…, ce ar trebuie sa fac…, unde voi putea gasi ajutor, etc*. pe cand pierderea ca un eveniment care s-a petrecut déjà si se traduce prin: *daca ar fi fost altfel…n-ar fi trebuie sa mi se intample…ma intreb unde am gresit*, etc.

Scor	Categoria	Descrierea	Catacteristici
1	Nici o afectare	Capacitate de concentrare, rezolvare a problemelor si luarea deciziilor intacta; Perceptia si interpretarea realista a situatiei de criza.	Clientul este capabil sa-si reaminteasca lucrurile fara greutate; capabil sa urmeze directiile indicate; indeplineste sarcinile vietii de zi cu zi; nu solicita ajutor lucratorului de criza;
2 & 3	Afectare minima	Subiectul este preocupat de situatia de criza dar interpretarea ei este realista; procesul de luarea deciziilor si rezolvarea problemelor este afectat minimal.	Clientul capabil sa redea informatii personale dar poate intampina unele greutati in a-si reaminti unele lucruri; capabil sa-si reaminteasca indicatii primate verbal; indeplineste sarcinile de zi cu zi dar cu oarecare intarziere; subiectul poate cere ajutor de la lucratorul de criza in functie de context
4 & 5	Afectare usoara	Tulburare tranzitorie a concentrarii; partiala lipsa de control asupra gandurilor proprii; dificultati recurente ale procesului de luarea deciziilor si rezolvare a problemelor; perceptia si interpretarea crizei poate devia putin de la realitate ei.	Clientul isi aminteste de lucruri atunci cand este intrebat; capabil sa urmeze indicatii verbale dar are dificultati in a-si aminti de acestea; recunoaste nevoia de a face anumite activitati dar le amana din cauza ca este preocupat de situatia de criza; accepta indicatiile si ajutorul lucratorului de criza;

6 & 7	Afectare moderata	Tulburare frecventa a concentrarii; ganduri intrusive despre criza si partiala lipsa de control asupra lor; dificultati ale procesului de luarea deciziilor si rezolvare a problemelor datorita gandurilor obsesive, dubitatiilor si confuziei referitoare le situatia de criza; perceptia si interpretarea crizei difera notabil de realitate situatiei.	Client capabil sa-si aminteasca lucruri personale dar altele nu si le aminteste; capabil sa urmeze directiile indicate imediat, cele ulterioare trebuie scrise; indeplineste activitatea zilnica cu efort; urmeaza indiciatiile lucratorului in criza pentru a iesi din criza;
8 & 9	Afectare marcata	Subiect afectat de ganduri intrusive despre criza; dificultati marcate ale procesului de luarea deciziilor si rezolvare a problemelor datorita gandurilor obsesive, dubitatiilor si confuziei referitoare le situatia de criza; dificultati marcate ale procesului de luarea deciziilor si rezolvare a problemelor datorita gandurilor obsesive, dubitatiilor si confuziei referitoare le situatia de criza. Perceptia si interpretarea crizei difera substantial de realitate situatiei.	Clientul este capabil sa-si reaminteasca date personale numai cand este ajutat; este capabil sa urmeze indicatii numai daca sunt simple; clientul poate uita sau ignora sarcini uzuale fiind abrobit de criza actuala; clientul accepta cu bucurie directivele lucratorului in criza;
10	Afectare severe	Incapacitate de a se concentra pe altceva, absorbit total de ganduri despre criza. Perturbare totala a procesului de luarea deciziilor si rezolare a problemelor datorita gandurilor obsesive, dubitatiilor si confuziei referitoare le situatia de criza. Perceptia si interpretarea crizei difera aproape total de realitate situatiei si afecteaza perceperea realitatii.	Client incapabil sa-si reaminteasca date personale; incapabil de a urma indicatii simple; incapabil de a performa sarcini uzuale simple sau de a-si mentine igiena; accepta indicatiile lucratorului de criza fara comentarii.

Tabelul Nr. 4: Scala de severitate a afectarii cognitive in criza (Myer, 2000)

Perceperea crizei ca o amenintare sau ca o pierdere se poate desfasura in diferite ipostaze ale vietii si Myer le etaleaza in patru domenii ale vietii care sunt prezentate in Tabelul Nr. 5. Astfel subiectul poate interpreta criza ca o pierdere sau amenintare atunci cand acestea se petrec in domeniul vietii fizice, psihologice, a relatiilor sociale si in domeniul moral/spiritual. Aceste domenii sunt conceptualizate conform ierarhiei nevoilor lui Maslow (1970). Astfel pierderea locuintei duce la o criza pe care subiectul o evalueaza ca o pierdere sau amenintare in domeniul vietii fizice. La fel, subiectul care a fost tinta unei actiuni dolosive duce la o criza descrisa ca o pierdere sau amenintare a sistemului propriu de valori si a relatiilor sociale.

Dimensiunea	Definitia
Fizica	Aspectele vietii personei implicand siguranta si comfortul (de ex. alimente, apa, locuinta, securitatea financiara);
Psihologica	Aspectele vietii personei implicand elementele interperso-nale (de ex. conceptual de sine, bunastarea emotionala, identitate persoanei, stima de sine, auto-eficienta);
Relatiile sociale	Aspecte ale vietii personei implicand relatiile sociale precum cele familiale, cu prietenii sau colegii;
Moral/spiritual	Aspectele vietii persoanei care implica sistemul de credinte, valori, convingeri morale si religioase, etc.

Tabelul Nr. 5: Definitiile dimensiunilor vietii (dupa Myer, 2000)

Transgresiunea este o alta reactie cognitiva la criza si desemneaza perceptia violarii drepturilor individului, incalcarea standardelor si atributelor individuale asa cum sunt ele socialmente postulate (Ellis si Harper, 1975). Astfel, transgresiunea se petrece cand un individ este ofensat in ceea ce-l priveste si atributele care-l detemina. Cel mai ades este vorba de stima de sine, calitatile lui de parinte, sot, de bun cetatean sau bun vecin. In cazul transgresiunii, evenimentul se petrece chiar acum, in timp real si subiectul exprima interpretarea sa prin propozitii precum: *nimanui nu ar trebui sa i se intample asta…de ce mi s-a intamplat mie…, nu trebuie sa las sa se petreaca astfel de lucruri*, etc. Ca si in cazul amenintarii sau pierderii, transgresiunea, ca o violare a drepturilor si standardelor individuale, se poate petrece in cele patru domenii ale vietii individului si ea trebuie evaluata ca atare.

In vederea evaluarii severitatii afectarii cognitive din timpul crizei, lucratorul in criza trebuie sa determine forma si continutul gandirii subiectului. Cel mai important este sa observe abilitatea clientului de a relata desfasurarea crizei, claritatea, coerenta si logica interna a naratiunii, detaliile, omisiunile, rememorarea si accentele puse pe unele situatii ca mai apoi sa identifice continutul naratiunii, mai ales gandurile suicidare sau homicidare,

calitatea ideatiei, conformitatea cu realitatea, interepretarile aberante, ideile de vinovatie, depresive sau de lipsa de speranta si ajutor. In cazul evaluarii cognitive lucratorul in criza se bazeaza doar pe continutul verbal al comunicarii, observatia subiectului fiindu-i de mai putin folos acum. Obstacolele in calea unei bune evaluari a afectarii cognitive in criza sunt date de omisiunile din relatarea subiectului, inabilitatea clientului de a discuta alte aspecte in afara emotiile lui si disponibilitatea lui redusa de a raspunde adecvat la un interviu structurat.

Evaluarea comportamentului subiectului in criza este un alt punct crucial in evaluare globala a crizei si declansarea unei interventii adecvate. Comportamentul unui individ in criza este variabil si in fata aceleaisi tip de criza indivizii pot avea reactii comportamentale diferite. Acestea pot merge de la a nu face absolute nimic pana la un comportament total periculos pentru individ si pentru altii si dincolo de orice proportie. Se considera ca reactia comportamentala in criza exprima emotionalitatea subiectului si magnitudinea successului sau esecului eforturilor lui de coping. De multe ori comportamentul subiectului in criza este atat de evident incat lucratorul poate face gresala de a considera ca ceea ce vede este suficient scurtand astfel mult din interviul cu subiectul si facand o interpretare prematura a crizei. Aceasta gresala poate fi fatala deznodamantului crizei.

In evaluarea si interpretarea modificarilor comportamentale din timpul crizie, lucratorul in criza trebuie sa se ancoreze intr-un anume mod de explicare si clasificare a acestora. Astfel exista clasificari care se bazeaza pe tipul reactiei comportamentale, precum cea dezvoltata de Lindemans (1944) care distinge intre reactiile fizice, de evitare sau imobilitate si cele comportamentale precum hiperactivitatea, ostilitatea sau inhibitia sau cea a lui Caplan (1964) care identifica comportamente active (incercari atipice de rezolvare a problemelor) si pasive (imobilitate) la indivizii in criza. Alta clasificare ia in cont doar mecanismele de defensa precum evitarea, abordarea si imobilitatea ((Dixon, 1979). Mai detaliata este clasificare lui Hobbs (1984) care se bazeaza pe felul mecanismelor de coping pe care le imparte in i) adaptiv si matur, ii) regresiv cu scopul de a scapa prin apel la relatia de dependenta si iii) de negare cu scopul de a scapa prin ignorare. Clasificarea lui Folkman si Lazarus (1988) distinde intre copingul focalizat pe problema cu scopul de a rezolva criza prin schimbarea relatiei obiective dintre persoana si ambianta si copingul focalizat pe

emotie cu scopul de a rezolva criza prin reducerea tensiunii emotionale datorita schimbarii relatiei subiective dintre persoana si ambianta.

Modelul lui Myer (2000) recomanda clasificarea bazata pe abilitatea de a functiona in viata de zi cu zi. Aceasta abordare presupune ca tulburarile comportamentale tradeaza disruptia functionarii zilnice si eforturile de coping consecutive acesteia. La baza acesteia sta asertiunea precum ca abilitatea de a functiona in viata curenta este un semn al intensitatii reactiei la criza. In acest sens, lucratorul in criza trebuie sa evalueze pe baza observatiei si a interviului urmatoarele elementre:

- igiena corporala, imbracamintea si tinuta subiectului;
- capacitatea subiectului de mentine relatiile sociale si profesionale, capacitatea de a indeplinii rolurile si obligatiile uzuale;
- severitatea ideatiei suicidare/homicidare, intentia si planul de suicid, capacitatea de indeplinire a planului si setarea timpului de ducere la indeplinire;
- incercarile de coping care pot si active sau pasive, constructive sau distructive, organizate sau dezorganizate, aducand o povara in plus la criza déjà existenta;
- schimbarile in apetit, alimentatie si somn, ca indicatori ai dezordinii comportamentale.

In mare, reactiile comportamentale pot fi sistematizate ca:

i) abordare a problemei cu scopul de a o rezolva si depasi;

ii) ii) evitare care se defineste ca incercarea subiectului de a fugi de problemele conexe crizei, de a minimaliza sau nega existenta sau consecintele lor;

iii) iii) imobilitate definita ca lipsa totala de abordare sau evitare a problemelor asociate crizei si dezamorsarea mecanismelor de mitigare a crizei; in acest caz subiectul apare confuz sau cataton.

In tabelul Nr. 6 se arata gradele de severitate a reactiilor comportamentale si caracteristicile acestora iar in Anexa nr. 3 se prezinta scala TAM de evaluare globala a crizei.

Scor	Categoria	Descrierea	Catacteristici
1	Nici o afectare	Comportament de coping adecvat situatiei; subiectul functioneaza normal in viata de zi cu zi	Clientul incearca sa depaseasca criza in mod constructiv; nu prezinta idei suicidare/homicidare; individ cu comportament si tinuta corecta in interrelatie cu altii;
2 & 3	Afectare minima	Ocazional modalitati inadecvate de coping,; subiectul indeplineste sarcinile vietii de zi cu zi dar cu oarecare efort	Incerecari obisnuite sau pasive de a depasi criza; daca nu sunt eficace acestea nu produc probleme suplimentare; idei suicidare sau homicidare improbabile sau sunt foarte reduse; uneori tinuta si comportament social cu dificultati; tulburari minore de apetit sau somn;
4 & 5	Afectare usoara	Ocazional modalitati inadecvate de coping, subiectul ignora unele sarcini ale vietii de zi cu zi, face efort sa functioneze adecvat dar exista oarecare scadere in eficacitate	Incercari neplanificate sau dezorganizate de coping; daca acestea sunt ineficace ele nu contribuie la aparitia de probleme aditionale; clientul poate incerca activ sa depaseasca criza; poate avea ideatie suicidara sau homicidara dar nu are vreun plan sau intentie bine stabilita; clientul este neglijent si prezinta un grad de retragere sociala; poate prezenta tulburari de apetit si somn;
6 & 7	Afectare moderata	Modalitati de coping inadecvat si ineficient, indeplinirea sarcinilor vietii de zi cu zi este compromisa in mod evident	Incercarile subiectului de a depasi criza sunt ineficiente si pot conduce la greutati aditionale daca modalitati constructive de coping nu sunt folosite; daca clientul prezinta idei suicidare/homicidare ele sunt bine conturate dar nu sunt insotite de un plan; clientul apare neglijent si se retrage din contactele sociale; tulburari evidente de apetit si somn;
8 & 9	Afectare marcata	Coping inadecvat care duce la exacerbarea crizei; indeplinirea sarcinilor vietii de zi cu zi este compromisa in mare masura.	Clientul foloseste metode neeficiente de coping, fie active fie pasive si ele conduc la sporirea crizei sau a problemelor psihologice; clientul poate prezenta idei suicidare/homicidare bine definite cu plan si mod de indeplinire, dar nu e gata sa-l duca la indeplinire; client incapabil de a se ingriji si e retras social; tulburari importante de apetit si somn;
10	Afectare severe	Comportamentul este destructurat total; comportamentul subiectului este periculos pentru sine si/sau pentru altii.	Client se angajeaza in comportamente care nu pot rezolva criza; idei suicidare/homicidare exprimate clar, cu un plan si program bine definit; client incapabil de a se ingiriji si de a functiona social, tulburari masive de alimentatie si somn;

Tabelul Nr. 6: Scala de severitate a afectarii comportamentului in criza (Myer, 2000)

Modelul de evaluare a lui Roberts (Roberts, 1991 si 2000; Roberts si Ottens, 2005) este un model cuprinzator de evaluare si interventie in sapte pasi. Partea de evaluare cuprinde trei pasi de evaluare bazati pe ascultarea activa a subiectului si alti patru pasi de interventie precum examinarea alternativelor de raspuns, elaborarea unui plan de actiune si

obtinerea angajamentului subiectului. Cei trei pasi de evaluare sunt: definirea problemei, asigurarea sigurantei subiectului si evaluarea severitatii afectarii functionarii subiectului. Roberts spune ca "*un model este un prototip al unui proces clinic real pe care lucratorul in criza vrea sa-l implementeze…similar cu o harta cu sosele si autostrazi si directii pe care trebuie sa le urmeze in drumul sau. Modelul cuprinde o serie de linii directoare care fac sa fie usor de reamintit metodele si tehnicile de urmat si care-l fac pe clinician sa inteleaga cum fiecare component al modelului este legat de altul pentru a facilita rezolutia crizei care apare consecutiv unui conflict interpersonal, a unui eveniment traumatizant sau acutizarea unei tulburari psihice preexistente* " (Roberts si Ottens, 2005). Dupa acest autor, atunci cand lucratorul in criza se confruncta cu o persoana in criza, el se afla de fapt in fata unei persoane in necaz, cu afectarea functionarii si inabilitate de a opera conform unui process logic iar clinicianul are nevoie de un model care sa-l ajute sa tina focusul evaluarii si interventiei si sa evite o reactie umana, naturala, de a prelua instinctiv problemele de pe umerii clientului. Astfel, modelul lui Rogers sugereaza anumiti pasi care cuprind evaluarea risului, mobilizarea resurselor clientului si deplasarea spre stabilizarea criziei cu reintoarcerea la o functionare normala. El identifica sase momente critice pe drumul spre stabilizarea, rezolutia si stapanirea crizei, ca o secventa esentiala care de fapt se suprapune evolutiei naturale a unei crize si un pas suplimentar de urmarire a rezolutiei crizei (vezi Fig. Nr. 2):

- pasul1 - de evaluare, consta in conducerea unei evaluari biopsihosociale amanuntite si de evaluare a letalitatii (suicidalitate si homicidalitate); aceasta evaluare trebuie sa cuprinda informatii detaliate despre stressori si trauma recente, ideatia suicidara si homicidara, reteaua de suport a subiectului precum familia si prieteni, nevoile medicale si medicatia, consumul de alcool si droguri, metodele si resursele interne si externe de coping care constituie rezilienta subiectului cat si factorii protectivi existenti; astfel clinicianul va putea sa determine nivelul de periculozitate a crizei, nivelul de urgenta a interventiei si periculozitatea fata de altii;
- pasul 2 -de stabilire rapida a contactului cu subiectul in vederea dezvoltarii unei solide relatii terapeutice; Roberts spune: "*aceasta faza este facilitata de prezenta unei atitudini autentice, de respect si acceptare fata de client. Este stadiul in care caracteristicile, comportamentul si caracterul clinicianului duce la construirea*

unui climat de incredere". Un bun contact visual, o atitudine neutra, fara note critice, furinzarea de respect si acceptare neconditionata, ascultare activa si empatica sunt caracteristicile care fac ca raportul cu clientul sa se faca rapid, lucru ce faciliteaza trecerea in stadiul 3 al modelului;

- pasul 3 - de identificare a factorilor precipitanti si a problemelor majore este de fapt nucleul evaluarii in criza; pe baza stabilirii unui raport terapeutic solid cu clientul, in acest stadiu se identifica factorii precipitanti ai crizei, provocarile pe care subiectul a trebuit sa faca fata si problemele pe care le-a generat si felul cum subiectul le percepe si descrie ca parte a insight-ului fata de criza pe care o strabate;
- pasul 4 - de explorare si de management al emotiilor si sentimentelor subiectului consta in a ajuta subiectul sa-si exprime emotiile, sa le identifice, sa le numeasca si sa le verbalizeze/descrie ducand astfel la ventilarea tuturor emotiilor negative si la transpunerea lor intr-o naratiune coerenta cu cresterea consecutive a insight-ului subiectului; ascultarea activa, empatica este de cea mai mare importanta, ca si reflectarea si parafrazarea spuselor subiectului si comunicarea non-verbala; aici se realizeaza premisele unui dialog autentic cu subiectul ceea ce conduce natural la stadiile urmatoare al interventiei; acest pas poate fi considerat ca apartine in egala masura atat evaluarii crizei cat si interventiei in criza;
- pasul 5 - consta in generarea de alternative de depasire a crizei;
- pasul 6 - consta in formularea si implementarea unui plan de actiune de depasire a crizei;
- pasul 7 - este reprezentat de urmarirea activa a rezolutiei crizei de catre clinician prin planificarea de contacte directe sau indirecte cu subiectul.

Despre acest trei pasi din urma se va vorbi in capitolul despre interventia in criza.

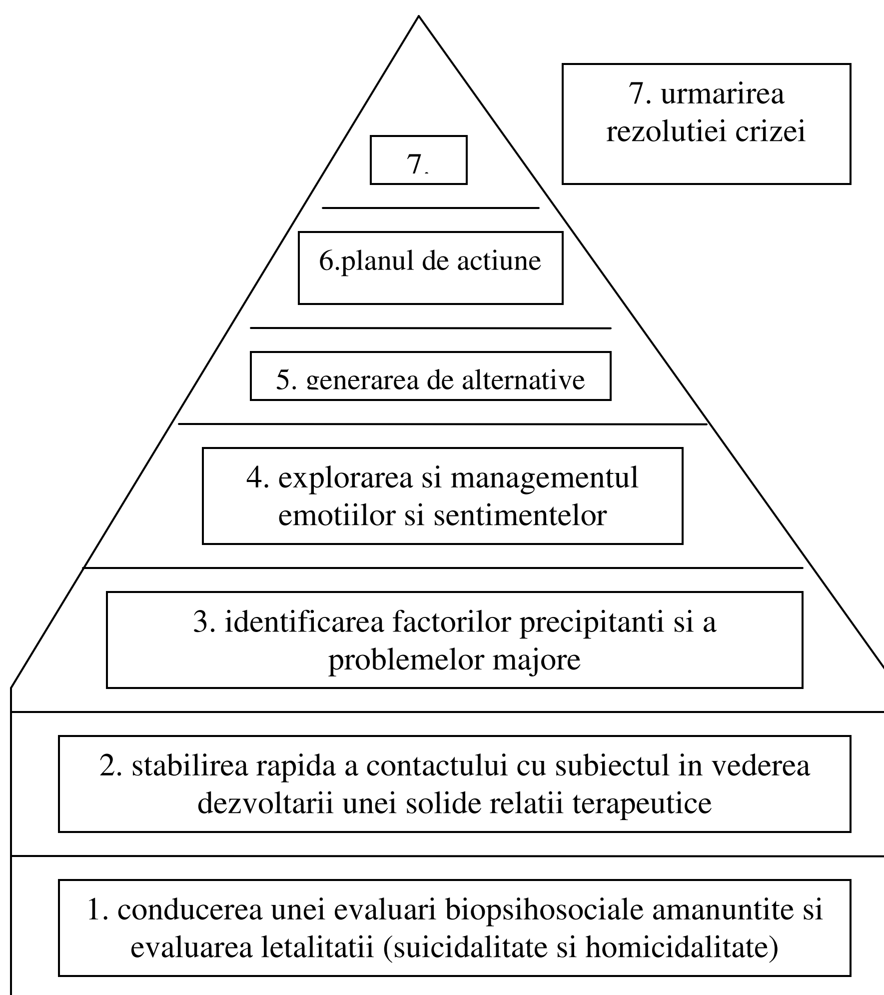


Fig. Nr. 2: Modelul Roberts in 7 pasi (Roberts si Ottens, 2005)

Modelul triajului este un alt model de evaluare a indivizilor in criza. El are ca scop determinarea nivelului de urgenta a ingrijirii si raspunsului la criza atunci cand sunt mai multi indivizi in asteptare si este destinat programelor de interventie in criza care lucreaza in tandem cu departamentele de urgenta din spitale generale. In acest model acuitatea evaluarii este esentiala, abilitatile si cunostintele profesionale ale clinicianului sunt cele care fac diferenta. Orice ce mica eroare sau omisiune duce la intarzierea raspunsului si la accentuarea crizei cu consecinte si costuri din cele mai nefaste pentru individ, familie, comunitate.

In ultimele doua decenii se constata o utilizare crescuta a servicilor de urgenta de catre pacientii cu tulburari mentale sau in criza. Ei exercita o presiune mare asupra departamentelor de urgenta si aceasta situatie cere un triaj atent a persoanelor care necesita raspunsuri imediate date de periculozitate si de conditiile amenintatoare de viata fata de celelalte persoane care nu implinesc aceste conditii si care pot fi indrumate correct catre servicii medicale si sociale adecvate situatiei lor. Coristine si colab. (2007) au studiat aceasta situatie din serviciile de urgenta din Canada si recomanda insistent ca triajul sa fie facut de echipe mixte de specialisti, echipe unde lucratorul in criza are un rol bine definit.

Scopul triajului este sa identifice rapid subiectul cu conditii sau riscuri amenintatoare de viata care il plaseaza la un nivel de urgenta care justifica prioritatea in primirea raspunsului specific. Conditiile amenintatoare de viata sunt date de tulburari fizice care afecteaza grav echilibrul homeostatic al organismului iar riscurile sunt date de acei factori interni sau externi subiectului care cresc probabilitatea de daune majore pentru subiect sau cei din jur. Riscurile cele mai importante intalnite la subiecti aftati in programul de criza sunt:

i) riscul de agresiune,
ii) riscul de suicid,
iii) riscul de auto-vatamare corporala,
iv) riscul de a pierde contactul cu realitatea,
v) riscul de a fugi din insitutia de ingrijire si
vi) riscul unor afectari biologice.

In Tabelul nr. 7 se prezinta unele indicii dupa care se judeca prezenta unor riscure specifice.

Triajul de fapt este un screening al subiectilor in asteptarea de ingrijire si raspuns la problemele lor pentru care s-au adresat unui serviciu de urgenta/interventie in criza. Ieriarhizarea acestora cere o criteriologie solida care sa raspunda atat criteriilor medicale si psihologice cat si celor sociale si etice. Aceasta criteriologie trebuie sa fie simpla si operationala, de aceeia ceea ce se ia in consideratie in triajul fata in fata este felul cum se prezinta subiectul, cum si de ce a ajuns in serviciul de urgenta/criza si cine-l escorteaza (Politia, servicul de ambulanta, etc.) si mai putin simptomele de prezentare.

In Tabelul nr. 8 se prezinta unii indicatori exteriori care dirijeaza prioritatea evaluarii in cadrul triajului.

Indicatorii riscului de agresiune	Indicatorii riscului de suicide sau auto-vatamare corporala	Indicatorii riscului de fuga din serviciu de urgenta/criza	Indicatorii riscului de probleme fizice
Acte de violenta	Ganduri suicidare	Istorie de fugi din spital	Problema medicala cunoscuta
Amenintari cu violenta	Istorie de tentative de suicid	Intoxicatie cu alcool/droguri	Paloare, transpiratii, tremor
Istorie de violenta	Depresie severa	Retras si nemiscat	Trauma/rani fizice majore
Agitatie	Subiect retras si necooperant	Agitat	Incercare de otravire
Manie/ostilitate	Nu doreste sa comunice	Neacompaniat de altii	Dezorientare/confuzie
Ideatie persecutorie	Subiect singur	Impulsiv	Halucinatii vizuale
Halucinatii/delir cu continut violent	Intoxicatie cu alcool/droguri	Ideatie persecutorie	Fluctuatie a nivelului de contiinta
Intoxicatie cu alcool/droguri	Recent externat dintr-un serviciu de psihiatrie	Confuz/dezorientat	
Confuzie/dezorientare	Agitatie	Psihotic	
Nu doreste sa comunice	Impulsivitate	Distress major	
Individ adus de politie	Are un plan de suicid		
Situatie familiala dificila	Are acces la mijloace de suicid		

Tabelul Nr. 7: Indicatorii riscurilor care influenteaza nivelul de urgenta in triaj (modificat dupa Mental Health for Emergency Departments – A Reference Guide. NSW Department of Health, Sydney, Australia, 2009)

Indicatori care sugereaza nevoia rapida de evaluare in triaj	Indicatori care sugereaza nevoia mai tarzie de evaluare in triaj
Rani fizice sau afectiuni somatice severe	Subiect cooperant
Intoxicatii	Subiect acompaniat de apartinatori
Subiect cu comorbiditate cu boli psihice sau somatice (psihoza, anxietate, diabet, tulburari caradiace, etc.)	Subiect alert, cu insight prezent
Subiect neacompaniat	Subiect capabil de buna comunicare
Subiect adus de Politie, ambulanta sau de un profesionist in sanatate mentala	Subiect cu frecvente aparitii in urgenta
Subiect venit impreuna cu copii	Subiect fara evidenta unor afectiuni somatice sau rani fizice
Subiect aflat prima oara in urgenta/criza	

Tabelul Nr. 8: Catacteristici care sugereaza nivelul de urgenta a evaluarii in triaj (Mental Health for Emergency Departments – A Reference Guide. NSW Department of Health, Sydney, Australia, 2009).

Evaluarea in cazul triajului se face luand in considerare aspectele subiective, precum debutul problemei, distresul, rapunsul emotional, simptomele, evoluatia, durata si aspectele obiective precum felul cum apare subiectul (fizionomie, culoarea pielii, imbracaminte, postura), comportamentul si semnele vitale. La toate acestea se adauga si informatii aditionale culese de la informantii disponibili.

In examinarea subiectului observatia are un rol esential la care se adauga interviul structurat cu scopul culegerii standardizate a problemelor/plangerilor si minimalizarea omisiunilor posibile. Clinicianul trebuie sa priveasca subiectul cu empatie, sa performeze o evaluare vizuala atenta, sa adope un stil concis de intervievare, sa confere liniste si incredere subiectului si sa inregistreze cu acuratete plangerile si simptomele acestuia. El trebuie sa aibe cunostiuntele, abilitatea si experienta necesara sa faca rapid o evaluare strandardizata a statutului mental al subiectului. In Anexa Nr. 4 se prezinta un model succinct de evaluare standardizata a statutului mental al unui subiect in serviciul de urgenta.

Se recomanda cu tarie ca trierea indivizilor in criza sa fie facuta standardizat. In acest process lucratorul in criza lucreaza colaborativ cu personalul din serviciul de urgenta si el trebuie sa cunoasca dinamica si procesul de triaj al subectilor ce se adreseaza serviciului de urgenta.

In SUA se aplica scala American Emergency Severity Index – AESI iar in Canada se utilizeaza Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS), scale care sunt asemenatoare una cu alta.

AESI delimiteaza cinci nivele de urgenta (vezi Fig. Nr. 3):

1. - nivelul de maxima urgenta cand subiectul este in pericol sa moara (subiect intubat, apneic, fara puls sau neresponsiv);

2. – nivelul situatie de mare risc (subiect lethargic/confuz, dezorientat, in distress sever sau durere severa);

3. - nivelul de urgenta dat de indicatorii fiziologici vitali (frecventa cardiaca, frecventa respiratiei, temperature) si nevoia de mai mult de doua resurse; aici se plaseaza aproape 40% din cazurile ce se prezinta in serviciul de urgenta;

4. – nivelul in care subiectul are nevoie doar de o resursa;

5. – nivelul in care subiectul nu are nevoie de nici o resursa.

Prin resursa se intelege nevoia de examene praclinice, de laborator si imagistica, consultatii de specialitate, si de interventii specifice precum intubatie, perfuzie, cateterism, sondaj, etc., restul, precum examinare medicala, evaluare si interventie la programul de criza, recomandare de medicamente, etc. se subsumeaza la categoria de nici o nevoie de resurse. Clinicianul din programul de criza trebuie sa fie antrenat in recunoasterea semnelor situatiilor de mare risc si sa colaboreze cu personalul de la camera de urgenta in identificarea acestor persoane.

Multi pacienti cu tulburari mentale se plaseaza la nivelul 2 de urgenta din cauza riscului mare pentru ei insasi, pentru alti si pentru ambianta. Pacientii care sunt suicidari, homicidari, psihotici sau violenti, cu risc de a fugi din serviciul de urgenta sau pacienti intoxicati care prezinta si trauma fizice/ranie se califica pentru nivelul 2 de urgenta, situatii de mare risc. Altii se pot plasa la nivelele 3, 4, 5 in functie de cate nevoi de resurse cere situatia lor medicala. De exemplu, un individ in criza situationala, fara ideatie de suicid se califica pentru nivelul 5 de urgenta neavand nici o nevoie de resurse medicale.

Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) are si ea cinci nivele de urgenta cu un cod de culoare: nivelul I (albastru) - resuscitare; nivelul II (rosu) – urgenta imediata; nivelul III (galben) – urgenta; nivelul IV (verde) – urgenta usoara si nivelul V (alb) – non-urgent dar criteriile dupa care aceste cinci nivele au fost construite sunt altele dupa cum se vede din pozitia pe care tulburarile mentale si factori psihosociali o au in acesta clasificare. Astfel, tulburarile mentale, comportamentale, suicidul si criza sunt prezentate in tabelul Nr. 9 cu gradul respectiv de urgenta confirm clasificarii CTAS (Bullard si colab. 2008).

Un sistem comprehensive de triaj il reprezinta si Australasian Triage Scale – ATS. Acest model identifica cinci nivele de urgenta in functie de timpul de asteptare pana la interventie: (1) imediat, (2) urgent in 15 minute, (3) urgent in 30 minute, (4) semi-urgent in 60 minute, (5) non-urgent in 120 minute. Acest model ia in calcul indicatori subiectivi raportati de pacient si indicatori observabili de catre evaluator si stabileste nivelul periculozitatii. Pentru fiecare nivel sunt prevazute modalitatile de supraveghere a subiectului si modalutatile de raspuns fata de situatia respectiva. Modelul ATS prezentat in Tabelul nr. 10 ia in calcul numai situatii comportamentale si psihologice intalnite la indivizi in criza sau cu tulburari mentale subjacente.

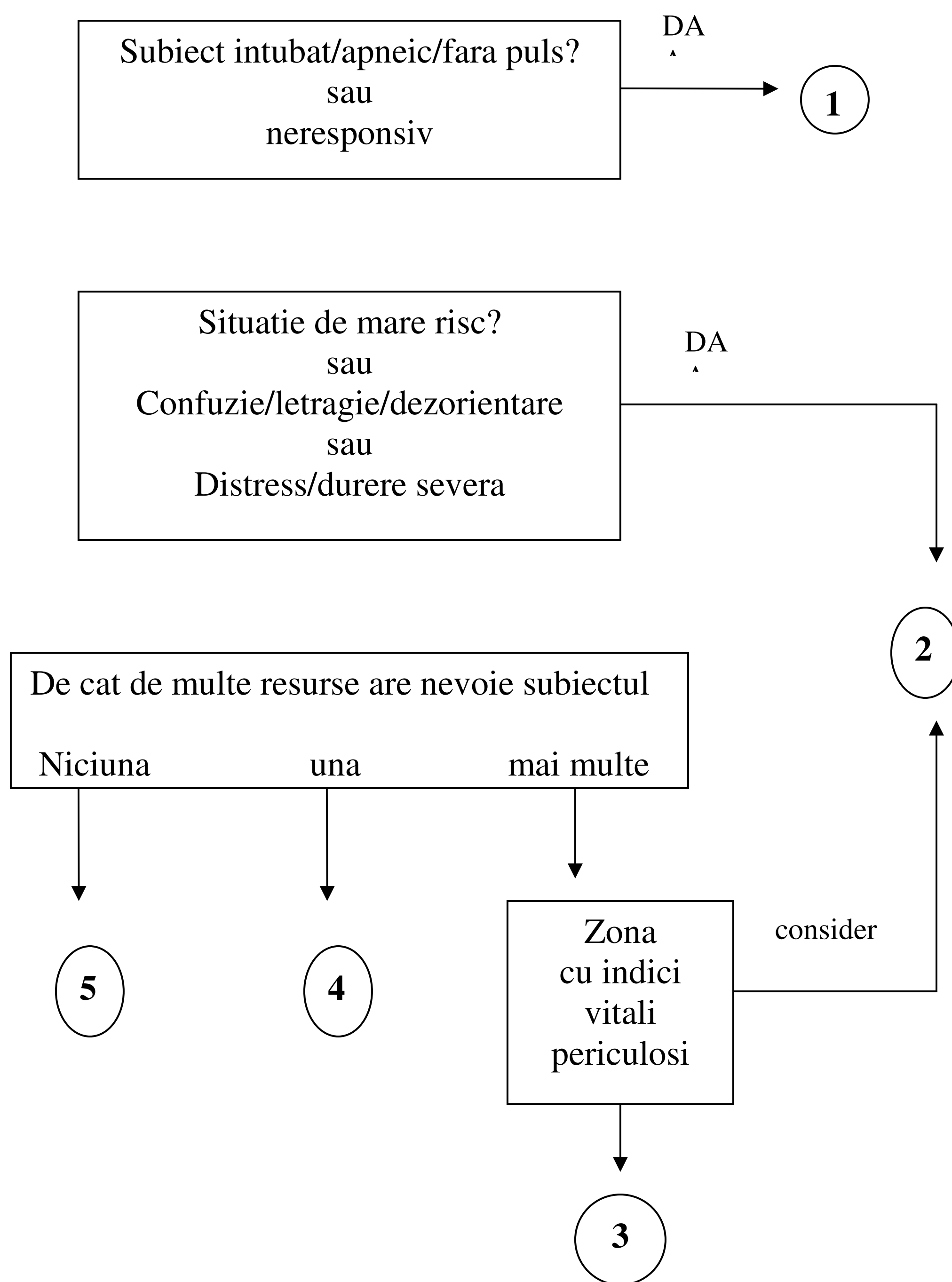


Fig. Nr. 3: Algoritmul de triaj conform Emergency Severity Index – ESI (dupa Gilboy si colab. 2011)

Problema de prezentare	**Descriptia**	**Nivelul de urgenta CTAS**
Depresie, amenintare de suicide sau auto-vatamare	Tentativa de suicid sau plan clar de suicid	II
	Intentie activa de suicid	II
	Risc incert pentru siguranta subiectului sau fuga din serviciul de urgenta	II
	Idenatie suicidara fara plan	III
	Depresie fara ideatie suicidara	IV
Anxietate sau criza situationala	Anxietate severa cu agitatie	II
	Risc incert pentru siguranta subiectului sau fuga din serviciul de urgenta	II
	Anxietate moderata cu agitatie, or cu idei paranoiace	III
	Anxietate usoara, stabila	IV
	Anxietate cu agitatie usoara, halucinatii cornice	V
Insomnia	Acuta	IV
	Cronica	V
Violenta sau comporta-ment homicidar	Iminenta vatamare pentru sine sau altii sau plan specific pentru aceasta	I
	Risc incert pentru siguranta subiectului sau fuga din serviciul de urgenta	II
	Ideatie de violenta sau homicidara dar fara plan	III
Probleme sociale	Abuz fizic, mental, stress emotional puternic	III
	Inabilitate de coping	IV
Comportament bizar	Conditie cronica, fara urgenta	V
	Necontrolabil	I
	Risc incert pentru siguranta subiectului sau fuga din serviciul de urgenta	II
	Controlabil	III
	Fara adopost	IV

Tabelul Nr. 9: Conditiile mentale si sociale si nivelele lor de urgenta conform scalei CTAS (dupa Bullard si colab. 2008)

Codul de triaj	Urgenta	Descriptia	Prezentarea tipica	Principii generale de management
1	Imediat	**Pericol bine evidentiat pentru sine si/sau altii** **Australasian Triage Scale (ATS):** - tulburare comportamen-tala severa cu amenintare imediata pentru violenta extrema	**Observabil:** – Comportament violent – Posesie de arme – Auto-vatamare in serviciul de urgenta – Prezinta agitatie sau neliniste extrema – Dezorientare/comportament bizar **Raportat:** – Halucinatii auditive care comanda acte de violenta indreptate catre subiect sau catre altii pe care subiectul doreste sa le urmeze – Comportament violent recent	**Supraveghere:** Observatie vizuala continua 1:1 Observatie speciala **Actiune:** – Alertarea personalului din urgenta – Alertarea personalului din serviciul de sanatate mentala – Furnizerea unei ambiante de siguranta pentru pacient si pentru altii – Asigurarea de personal calificat si suficient pentru a controla si contentiona pacientul **De luat in consideratie:** – Chemarea politiei daca siguranta personalului este in pericol. - Poate este necesar personal suplimentar pentru observatie si contentionare
2	Urgent In 10’	**Probabil risc de pericol Pentru sine sau altii** *si/sau* **Clientul este contentionat in serviciul de urgenta** *si/sau* **Tublurare comportamen-tala severa** **Australasian Triage Scale:** Violenta si agresivitate: – Amenintare imediata pentru sine si/sau altii – Necesita sau a necesitat contentie fizica – Agitatie severa sau agresiune	**Observabil:** – Agitatie extrema/neliniste – Agresivitate fizica/verbala – Confusie/incapabil sa coopereze – Halucinatii/deliruri/paranoia – Necesita contentie – Risc mare de a fugi si de a nu astepta tratamentul **Reportat:** – Tentativa/amenintare de auto-vatamare – Amenintare de vatamare a altora – Incapabil de a astepta in siguranta	**Supraveghere:** Observatie vizuala continua 1:1 Observatie speciala **Actiune:** – Alertarea personalului din urgenta – Alertarea personalului din serviciul de sanatate mentala – Furnizarea unei ambiante de siguranta pentru pacient si pentru altii – Folosirea de technici de difuzie a agresivitatii (medicatie orala, plasare intr-o atmosfera calma) – Asigurarea de personal calificat si suficient pentru a controla si contentiona pacientul **De luat in consideratie:** – Daca tehnicile de difuzie sunt ineficace considera retriajul la categoria 1 – Securitate/politie/personal echivalent pana cand pacientul este sedat

				– Intoxicatia cu droguri/alcool poate cauza escaladarea tulburarii de comportament care necesita management corespunzator
3	**Urgent In 30'**	**Posibil pericol pentru sine sau altii** – Tulburare comportamentala moderata - Distress sever **Australasian Triage Scale:** – Distress sever, risc de auto-vatamare – Psihoza acuta sau tulburare de gandire severa – Criza situationala cu auto-vatamare deliberata – Agitatie/izolare	**Observabil:** – Agitatie/neliniste – Comportament perturbator – Confuzie – Ambivalenta referitor la tratament – Nu este dispus sa astepte tratamentul **Raportat:** – Ideatie suicidara – Criza situationala **Prezenta simptomelor psihotice:** – Halucinatii – Deliruri – Idei paranoide – Tulburare de gandire – Comportament agitat/bizar **Prezenta de tulburare afectiva:** – Simptome severe de depresie – Retragere sociala/lipsa de comunicare – si/sau anxietate – Iritabilitate sau dispozitie expansiva	**Supraveghere:** Observatie atenta – A nu se lasa pacientul in sala de asteptare fara o persoana de suport **Actiune:** – Alertearea serviciul de sanatate mentala – Asigurarea unei ambiante calme si suportive pentru pacient si altii **De luat in consideratie:** – Re-triage daca exista evidenta cresterii tulburarii de comportament: – Neliniste – Turbulenta – Agitatie – Agresivitate – Cresterea distressului – Intoxicatie cu alcohol/droguri poate cauza escaladarea comportamentului ce necesita management corespunzator
4	**Semi-urgent In 60'**	**Moderat distress** **Australasian Triage Scale**: – Problema de sanatate mentala semi-urgenta – Sub observatie si/sau fara risc imediat pentru sine sau altii	**Observabil:** – Nici o agitatie/neliniste - Fara agresiune – Cooperare – Furnizeaza istorie coerenta **Reportat:** – Tulburare mentala preexistenta – Simptome de anxietate sau depresie fara ideatie suicidara – Capabil sa astepte	**Supraveghere:** Observatie intermitenta **Actiune:** - Consult cu serviciul de sanatate mentala **De luat in considerare:** – Re-triage daca exista evidenta de crestere a tulburarii comportamentale: – Neliniste – Comportament perturbator – Agitatie – Agresivitate

				– Cresterea distressului – Intoxicatie cu alcohol/droguri poate cauza escaladarea comportamentului ce necesita management corespunzator
5	**Non-urgent In 120'**	**Nici un perico pentru sine sau altii** – Nici un distress acut - Nici o tulburare comportamentala **Australasian Triage Scale:** – Pacient cunoscut cu simptome cronice – Criza situationala la un subiect clinic sanatos	**Observabil:** – Cooperant – Comunicativ si capabil sa se angajeze in formularea unui plan de ingrijire – Capabil sa discute problemele lui – Compliant cu instructiunile care le primeste **Reportat:** – Pacient cunoscut cu simptome psihotice cronice – Tulburare mentala non-acuta preexistenta – Pacient cunoscut cu simptome somatice inexplicabile – Solicitare de medicamente – Efecte secundare minore ale medicamentelor – Probleme financiare, sociale, locative sau de relatii	**Supraveghere:** Observatie de rutina **Actiune:** – Consultare cu serviciul de sanatate mentala – Trimitere la serviciul de sanatate mentala comunitara daca pacientul este cunoscut – Trimitere la serviciul social pentru problemele sociale – Trimitere la medical de familie – Furnizare de informatii despre resursele comunitare existente

Tabelul nr. 10: Modelul Australasian Triage Scale (dupa Mental Health and Drug and Alcohol Office (2009): Mental Health for Emergency Departments – A Reference Guide. NSW Department of Health, Sydney, Australia.

Evaluarea situatiilor speciale, precum evaluarea copiilor si adolescentilor aflati in criza sau evaluarea subiectilor suicidari cu particularitatile lor specifice vor fi tratate separate in sectiunea II-a a acestei carti, sectiune care se va ocupa cu evaluarea si interventia pentru fiecare situatie particulara in parte.

La sfarsitul evaluarii lucratorul in criza trebuie sa documenteze activitatea pe care a desfasurat-o, informatiile obtinute si cum se reflecta acestea in alegerea interventintiei si rezultatul deznodamantului. Documentatia se poate face prin note clinice realizate pe suport de hartie sau electronic. Aceasta documentatie cuprinde si fisele de evaluare in cazul aplicarii unei metode standardizate de evaluare si diferite alte scale de evaluare clinica daca au fost administrate, precum scale de evaluare a depresiei, anxietatii, trauma, etc. Despre utilitatea lor in evaluarea crizei se va discuta in partea speciala a acestei carti.

Notele si fisele de evaluare reprezinta o parte importanta a "dosarului" fiecarui caz in parte.Ele sunt folosite pentru:

1) documentarea activitatii intreprinse de lucratorul in criza;

2) transferul informatiilor in cazul consultarii cu alti specialisti sau intr-o echipa interdisciplinara, caz in care ingrijirea subiectului este impartasita cu alte servicii;

3) transferul informatiilor cand subiectul este preluat cu totul de un alt serviciu de ingrijire, precum servicii medicale specializate (terapie intensiva, chirurgie, neurologie, etc.) sau de servicii sociale.

In felul acesta se transfera subiectul si informatia legata de el de-a lungul drumului lui de ingrijire asa cum si responsabilitatea ingrijirii lui se transfera in mod organizat si responsabil. Transferului responsabilitatii trebuie tratata cu seriozitate si responsabilitate sis a face:

- in cazul transferului informatiilor si documentatiei de la un clinician la altul,
- cand se schimba turele in cadrul serviciului de criza si se transfera rasponabilitatea de la un schimb la altul,
- cand ingrijirea unui subiect este impartita cu un al serviciu
- cand el este transferat cu totul unui alt serviciu.

Individul aflat in criza trebui sa posede in orice moment al ingrijirii o persoana responsabila de supravegherea si ingrijirea lui, persoana care va purta denumirea de managerul de caz.

Documentarea fiecarei activitati intreprinsa de lucratorul in criza reprezinta o parte esentiala a responsabilitatii profesionale si da masura profesionalismului si a angajamentului lui fata de activitatea pe care o desfasoara.

Anexa nr. 1: Formularul de contact initial cu subiectul in criza

___

Data: ________ Ora: ________

Cum a ajuns subiectul in contact cu lucratorul: ___________________________________

___

Evaluarea solicitata de: __________________________________

___

Numele subiectului: _____________________________________ Data nasterii: _______

Adresa: ____ Telefon: _____________

___

Prezentarea situatirei/problemei: (*Ce s-a intamplat astazi de aveti nevoie de ajutor?*)

Ati vorbit cu cineva despre situatia Dvs? Da: _______ *Cu cine?* ______________

Ati luat vreun medicament? Da: __________ *Ce fel?* ___________________________

___

Evaluarea crizei. *Cat de urgenta este nevoia Dvs de ajutor?*

Imediata (in cateva minute):____________
In cateva ore: _______________________
In 24 ore: ___________________________
In cateva zile: _______________________
Intr-o saptamana: ____________________

___

Tipul de serviciu oferit:

Criza ______________________________ Tipul: ______________________________

Urgenta medicala ____________________

Trimitere la alt serviciu/agentie: _______________

Externare: __________________________ Recomandari: ________________________

Alt tip de serviciu:
____

____

Anexa Nr. 2: Formularul de auto-evaluare a clientului in criza

---

Data: ____________________ Numele subiectului ________________________________

1. Sanatatea fizica: *Care este starea Dvs de sanatate*?

   ____

   ____

   Excelenta
   Buna
   Multumitoare
   Proasta
   Foarte proasta

2. Auto-evaluarea/stima de sine: *Cum va simtiti ca persoana?*

   ____

   ____

   Excelent
   Bun
   Multumitor
   Prost
   Foarte prost

3. Statutul occupational: *Care este situatia Dvs la serviciu?*

   ____

   ____

   Excelenta
   Buna
   Multumitoare
   Proasta
   Foarte proasta

4. Familia: *Care sunt relatiile Dvs cu familia?*

   ____

   ____

   Excelente
   Bune
   Multumitoare
   Proasta
   Foarte proasta

5. Relatiile intime: *Exista persoane de care va simtiti apropiat?*

   ____

   ____

   Excelenta
   Buna
   Multumitoare
   Proasta
   Foarte proasta

6. Locuinta: *Cum apreciati situatia Dvs locativa?*

   ____

   ____

   Excelenta
   Buna
   Multumitoare
   Proasta
   Foarte proasta

7. Statutul financiar: *Cum va descrieti situatia Dvs financiara?*
   Excelenta
   Buna
   Multumitoare
   Proasta
   Foarte proasta

   ____

   ____

8. Abilitatea de a lua decizii: *Sunteti multumit de capacitatea Dvs de decizie?*
   Foarte multumit
   Multumit
   Aproare multumit
   Nemultumit
   Foarte nemultumit

   ____

   ____

9. Scopul/filozofia de viata: *Cat de multumit sunteti de cum impliniti scopurile/filozofia Dvs de viata?*
   Foarte multumit
   Multumit
   Aproare multumit
   Nemultumit
   Foarte nemultumit

   ____

   ____

10. Timpul liber: *Sunteti multumit de cum va petreceti timpul liber?*
    Foarte multumit
    Multumit
    Aproare multumit
    Nemultumit
    Foarte nemultumit

    ____

    ____

11. Controlul emotiilor: *Cat de confident va simtiti in a va controlati emotiile?*
    Foarte multumit
    Multumit
    Aproape multumit
    Nemultumit
    Foarte nemultumit

    ____

    ____

12. Violenta: *Sunteti o peresoana violenta/impulsiva?*
    Niciodata
    Foarte rar
    Rar
    Uneori (1-2 ori/luna)
    Des (in fiecare zi)

    ____

    ____

13. Siguranta persoanei: *Aveti ganduri de suicid?*

____

____

Niciodata
Foarte rar
Rar
Uneori (1-2 ori/luna)
Des (in fiecare zi)

14. Siguranta altora: *Exista riscul sa loviti/omorati pe cineva?*

____

____

Nici un risc
Risc redus
Risc moderat
Risc crescut
Risc foarte mare

15. Folosirea alcoolului/droguri: *Consumul Dvs de alcool/droguri afecteaza sarcinile/obligatiile pe care le-ati avut?*

____

____

Nicioada
Rareori
Uneori
Deseori
Constant

16. Probleme legale: *Aveti tendinta de a avea probleme cu legea?*

____

____

Niciodata
Rareori
Uneori
Deseori
Constant

17. Utilizarea resurselor de ajutor: *Cat de usor va adresati sau altundeva pentru a obtine ajutorul de care aveti nevoie?*

____

____

Foarte usor
Usor
Nici usor nici greu
Greu
Foarte greu

Anexa Nr. 3:

Modelul triajului (Triage Assessment Form, Myer et al. 1992)

EVALUAREA REACTIILOR SUBIECTULUI IN CRIZA:

DOMENIUL AFECTIV

Evenimentul declansator: Indentifica si descrie contextual crizei ____________________

Starea afectiva: identifica si descrie emotiile subiectului si modul de traire si expresie a lor pe trei dimensiuni:

Manie/ostilitate ____________________

Anxietate/Frica ____________________

Depresie/melancolie____________________

Scala de evaluare a severitatii reactiilor afective:

<table>
<tr><td colspan="2">1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td colspan="2">10</td></tr>
<tr><td colspan="2">Nici o afectare</td><td colspan="2">Afectare minima</td><td colspan="2">Afectare putina</td><td colspan="2">Afectare moderata</td><td colspan="2">Afectare marcata</td><td colspan="2">Afectare severa</td></tr>
<tr><td colspan="2">Dispozitie afectiva stabila cu variatii normale ale afectului</td><td colspan="2">Afectare conform situatiei, scurte perioade in care dispozitia este negativa, subiectul este capabil sa-si controleze emotiile</td><td colspan="2">Dispozitie afectiva conform situatiei dar cu perioade negative mai lungi si mai intense, subiectul percepe emotiile lui ca fiind sub control</td><td colspan="2">Dispozitia afectiva poate fi nepotrivita fata de situatie, perioade de emotii negative intense, poate prezenta labilitate afectiva, face eforturi de a controla emotiile</td><td colspan="2">Emotii negative marcate, neconcordante cu situatia concreta, oscilatii ale dispozitiei afective, subiectul percepe emotiile ca fiind inafara controlului propriu</td><td colspan="2">Decompensare afectiva, incapacitate de tolerare a emotiilor, lipsa totala de control emotional, oscilatii nejustificate ale dispozitiei cu interferare marcata a functionarii subiectului, subiectul socilita ajutor pentru normalizarea emotiilor</td></tr>
</table>

DOMENIUL COGNITIV

Indetifica daca transgresiunea, amenintarea si perderea sunt prezente pe urmatoarele fatete:

Domeniul fizic (alimentatie, hidratare, siguranta, adaport, etc.): transgresiunea ____; amenintarea__________; pierderea _____________;

Domeniul psihologic (selful, identitatea, bunastarea): transgresiunea ____; amenintarea__________; pierderea _____________;

Relatiile sociale (familie, prieteni, colegi, etc.): transgresiunea ____; amenintarea__________; pierderea _____________;

Domeniul spiritual/moral (integritate personala, valori, credinte, etc.): transgresiunea ____; amenintarea__________; pierderea _____________;

Scala de evaluare a cognitiei:

<table>
<tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr>
<tr><td>Nici o afectare</td><td colspan="2">Afectare minima</td><td colspan="2">Afectare putina</td><td colspan="2">Afectare moderata</td><td colspan="2">Afectare marcata</td><td>Afecatre severa</td></tr>
<tr><td>Capacitate de concentrare, rezolvare a problemelor si luarea deciziilor intacta. Perceptia si interpretarea realista a situatiei de criza.</td><td colspan="2">Subiectul este preocupat de situatia de criza dar interpretarea ei este realista. Procesul de luarea deciziilor si rezolvarea problemelor este afectat minimal.</td><td colspan="2">Tulburare tranzitorie a concentrarii. Partiala lipsa de control asupra gandurilor proprii. Dificultati recurente ale procesului de luarea deciziilor si rezolvare a problemelor. Perceptia si interpretarea crizei poate devia putin de la realitate ei.</td><td colspan="2">Tulburare frecventa a concentrarii. Ganduri intrusive despre criza si partiala lipsa de control asupra lor. Dificultati ale procesului de luarea deciziilor si rezolvare a problemelor datorita gandurilor obsessive, dubitatiilor si confuziei referitoare le situatia de criza. Perceptia si interpretarea crizei difera notabil de realitate situatiei.</td><td colspan="2">Subiect afectat de ganduri intrusive despre criza. Dificultati marcate ale procesului de luarea deciziilor si rezolvare a problemelor datorita gandurilor obsessive, dubitatiilor si confuziei referitoare le situatia de criza. Perceptia si interpretarea crizei difera substantial de realitate situatiei.</td><td>Incapacitate de a se concentra pe altceva, absorbit total de ganduri despre criza. Perturbare totala a procesului de luarea deciziilor si rezolare a problemelor datorita gandurilor obsessive, dubitatiilor si confuziei referitoare le situatia de criza. Dificultati severe ale procesului de luarea deciziilor si rezolvare a problemelor datorita gandurilor obsessive, dubitatiilor si confuziei referitoare le situatia de criza. Perceptia si interpretarea crizei difera aproape total de realitate situatiei si afecteaza perceperea realitatii.</td></tr>
</table>

DOMENIUL COMPORTAMENTAL

Indetifica si descrie comportamentului actual al subiectului ________________________________

Contact cu situatia/evenimentul________________________________

Evitare ______ ________________________________

Imobilitate ________________________________

Scala de evaluare a comportamentului:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nici o afectare	Afectare minima		Afectare putina		Afectare moderata		Afectare marcata		Afecatre severa
Comportament de coping adecvat situatiei. Subiectul functioneaza normal in viata de zi cu zi	Ocazional modalitati inadecvate de coping, subiectul indeplineste sarcinile vietii de zi cu zi dar cu oarecare efort		Ocazional modalitati inadecvate de coping, subiectul ignora unele sarcini ale vietii de zi cu zi, face efort sa functioneze adecvat dar exista oarecare descrestere in eficacitate		Modalitati de coping inadecvat si ineficient, indeplinirea sarcinilor vietii de zi cu zi este compromisa in mod evident		Coping inadecvat care duce la exacerbarea crizei; indeplinirea sarcinilor vietii de zi cu zi este compromisa in mare masura.		Comportamentul este destructurat total; comportamentul subiectului este periculos pentru sine si/sau pentru altii.

Scorul total:

1. Afectiv ____
2. Cognitiv ____
3. Comportamental ____

Anexa Nr. 4

EXAMINAREA STATUTULUI MENTAL (ESM)
(modificat dupa Robinson, 2000)

Ce este: Examinarea statutului mental consta in furnizarea unei imagini rapide a starii mentale a unui subiect prin observatie si o serie simpla de intrebari.

Scop: ESM are urmatoarele scopuri:
- sa ofere o baza a evaluarii functionarii psihologice a subiectului
- sa evalueze capacitatea de functionare globale a subiectului
- sa identifice rapid afectarile starii psihologice care merita atentie

Cand se face:
- in situatiile de criza;
- atunci cand exista suspiciunea unei alterari ale functionarii psihologice
- in cazul existentei unei conditii psihopatologice
- cand subiectul este supus unei evaluari psihologic/psihiatric

Domeniile de evaluare:
- aparenta, expresie faciala, imbracaminte, postura
- atitudine si comportament motor
- nivel de constiinta
- vorbire
- afect si dispozitie afectiva
- gandire (forma si continut)
- perceptie
- memorie
- judecata
- insight (constiinta propriilor probleme)

A. Evaluare rapida a starii mentale:

(incercuieste ce se potriveste)

	normal	**problema usoara**	**problema severa**
1. Aparenta	ingrijit	neglijent	murdar
2. Atitudine	cooperant	necooperant	manios/ostil
3. Contact visual	direct	ezitanta	absenta
4. Postura	confortabila	tensionata	amenintatoare
5. Expresie faciala	calma	emotionala	nenaturala
6. comportament motor	alert	incetinit	agitat
7. Vorbire	fluenta	incetinita/ rapida	destructurata
8. Constienta	orientat	nesigur	stuporos
9. Afect	potrivit cu contextual	intens	extrem
10. Dispozitia afectiva	normal	trist/expansiv	depresiv/maniacal
11. Continutul gandirii	realistic	distorsionat	suicid/delir
12. Procesul gandirii	logic	deteriorat	total ilogic/ fuga de idei
13. Halucinatii	absent	iluzii	halucinatii
14. Memorie	normala	problematic	puternic afectata
15. Judecata (capacitate de a intelege anticipa, rezolva probleme, etc.)	normala	la limita	retardata
16. Insight (constiinta de sine)	bun	redus	absent

B. **Examinarea statutului mental** (forma structurata)

			Absent	Usor	Marcat
Aparenta		neingrijit			
		dezmatat			
		murdar			
		imbracat bizar			
Comentarii asupra aaparentei subiectului:					
Comportament	Pozitia corpului	aplecat			
		culcat			
		ingenunchiat			
		tensionat			
		bizar/atipic			
	Postura	comfortabila			
		rigida			
		amenintatoare			
		vulgara			
	Motilitate	accelerata			
		scazuta			
		bizara, atipica			
		imobil			
	Contact vizual	present, direct			
		intermittent			
		absent			
	Atitudine	cooperanta			
		suspicioasa			
		ostila/manioasa			
		evaziva			
		seductiva			
		amenintatoare			
	Expresie faciala	tensionata			
		plangareata			
		anxioasa			
		trista			
		absenta			
		stupida			
		bizara			

	Motilitate	crescuta, se misca tot timpul			
		agitatie			
		incetinita			
		anormala (tremor, ticuri, grimase)			
		Stuporoasa/catatona			
Comentarii asupra comportamentului subiectului:					
Vorbirea	Ritm	normala			
		monoton			
		balbait			
	Viteza	normala			
		incetinita			
		rapida			
		ezitanta			
	Volumul	tare			
		incet			
		soptit			
	Cantitatea	monosilabic			
		vorbeste mult, nu poate fi intrerupt			
		mutism			
	Articulare	clara			
		murmurata			
		dificila			
		ininteligibila			
	Spontaneitate	spontana			
		vorbeste doar cand e intrebat			
		refuza sa vorbeasca			
Comentarii asupra vorbirii subiectului:					
Constienta/ orientare	Timp	orientate in timp			
		dezorientat in timp			
	Loc	orientat fata de locul unde este			
		dezorientat fata de loc			
	Persoana	stie cine sunt persoanele din jur			
		dezorientat fata de persoana			
Comentarii asupra constientei subiectului;					

Afect	stabilitate	stabil			
		fix			
		labil			
	intensitate	plat			
		sters			
		exagerat			
	amplitudine	ingustat			
		amplu			
	congruenta	congruent cu situatia			
		incongruent cu situatia			
Dispozitie afectiva		depresiva			
		expansiva			
		anxioasa			
		iritabila			
		manioasa			
		apatica			
		eratica			
Comentarii asupra afectului si dispozitiei afective a subiectului:					
Gandire (proces)	asociatii idei	relaxata			
		bizara			
		salata de cuvinte			
	coerenta	coerent			
		incoerent			
	logic	logic			
		ilogic			
	perseverare	perseverare prezenta			
	neologisme	neologisme prezente			
	blocare	blocare a fluxului gandirii			
Gandire (continut)		ideatie suicidara			
		ideatie homicidara			
		anduri depresive			
		obsesii			
		ruminatii			
		incertitudine			
		fobii			
		idei de referinta			
		idei paranoide			
		idei de grandoare			
		delir			
Comentarii despre gandirea subiectului:					

Perceptie	halucinatii	auditive			
		vizuale			
		oflactive			
		tactile			
		gustative			
	iluzii	iluzii			
	depersonalizare	depersonalizare			
	derealizare	derealizare			
Comentarii despre perceptiile subiectului:					
Memorie	afectarea memoriei imediate				
	afectarea memoriei recente				
	afectarea memoriei de lunga durata				
Comentarii asupra memoriei subiectului:					
Judecata	afecarea procesului de decizie				
	afectarea procesului de anticipare				
	afectarea rezolvarii problemelor				
	Afectarea procesului de cunoastere				
Comentarii asupra judecatii subiectului:					
Insight	prezent				
	dificultatii in a recunoaste problemele				
	Incapabil de a recunoaste problemele				
	blameaza pe altii pentru problemele sale				
Comentarii asupra insight-ului subiectului:					

Bibliografie:

Bullard MJ, Unger B, Spence J, Grafstein E (2008): Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) adult guidelines, Canadian Journal of Emergency Medicine, 10: 136-142.

Caplan G (1964): Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books.

Coristine RW, Hartford K, Vingilis E, White D (2007): Mental health triage in the ER: a qualitative study, Journal of Evaluation in Clinical Practice, 13:303-309.

Dixon SL (1979): Working with people in crisis: Theory and practice, St. Louis: Mosby.

Ellis A, Harper RA (1975): A guide to rational living, Beverly Hills, CA: Wilshire.

Folkman S, Lazarus RS (1988): Coping as a mediator of emotion. Journal of Personality and Social Psychology, 54:466-475.

Hoff, LA (1995): People in crisis: understanding and helping, 4th Ed. Jossey-Bass Publ. San Francisco, CA

Gilboy N, Tanabe T, Travers D, Rosenau AM (2011): Emergency Severity Index (ESI): A Triage Tool for Emergency Department Care, Version 4. Implementation Handbook 2012 Edition. AHRQ Publication No. 12-0014. Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality. November 2011.

Gilliland BE, James RK (1996): Crisis Intervention Strategies, 3rd Ed, Books/Cole Publ.Co. Boston, MA

Hersh JB (1985): Interviewing college student in crisis, Journal of Counseling and Development, 63: 286-289.

Hobbs M (1984): Crisis intervention in theory and practice: A selective review. British Journal of Medical psychology, 54:23-34.

Lindemann E (1944): Symptomatology and management of acute grief, American Journal of Psychiatry, 101; 141 -148.

Maslow AH (1970): Motivation and personality, New York: Harper & Row.

Mental Health and Drug and Alcohol Office (2009): Mental Health for Emergency Departments – A Reference Guide. NSW Department of Health, Sydney, Australia.

Meichenbaum D, Fitzpatrick D (1993): A constructivist narrative perspective on stress and coping: Stress inoculation application, in L.Goldberger and S. Breznitz (Eds.): Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects (2nd Ed.), New York: Free Press.

Myer RA, Williams R, Ottens AJ, Schmidt AE (1992): A tree-dimensional model for triage, Journal of Mental Health Counseling, 14:137-148.

Myer RA (2000): Assessment for crisis intervention: A triage assessment model, Belmond: Brooks/Cole, CA.

Roberts AR (1991): Conceptualizing crisis theory and the crisis intervention model, in AR Roberts (Ed.): Contemporary perspectives on crisis intervention and prevention, Englewood Cliff, NJ: Prentice-Hall.

Roberts AR (Ed.). (2000). Crisis intervention handbook: Assessment, treatment and research. New York: Oxford University Press

Roberts AR, Ottens AJ (2005): The Seven-stage Crisis Intervention Model: A road map to goal attainment, problem solving, and crisis resolution, Brief Treatment and Crisis Intervention, 5:3290339.

Robinson DJ (2000): The Mental Status Exam explained, Port Huron, MI; Rapid Psychler Press.

Slaikeu KA (1990): Crisis intervention: A handbook for practice and research (2nd Ed.), Boston: Allyn and Bacon

Watters DS (1997): A study of the reliability and validity of the Triage Assessment Scale, Disertation Abstract, Duquesne University;

PARTEA III: TEORIA GENERALA A INTERVENTIEI IN CRIZA

Teoria generala a interventiei in criza

Interventia in criza este miezul activitatii lucratorului in criza, ea este ceea ce in mod natural urmeaza dupa evaluarea subiectului in criza, este in fond corolarul definitiei crizei, oricare ar fi ea.

Interventia in criza reprezinta ingrijirea psihologica de urgenta a unui subiect aflat in criza cu scopul readucerii lui la nivelul de competenta si functionare adaptativa din pre-criza si de a preveni sau reduce impactul negativ al evenimentului/evenimentelor declansatoare la care a fost supus (Everly Jr. si Mitchell, 1999). Indiferent de doctrina in care se ancoreaza, interventia in criza trebuie sa conduca la intreruperea lantului cauzal al crizei (James si Gilliland, 2005), la stabilizarea emotionala a subiectului, la mitigarea simptomelor, la restaurarea functionarii si la indrumarea ulterioara a subiectului (Everly Jr., 2000).

Istoriceste, interventia in criza isi are radacinile in timpul celui de la II-lea Razboi Mondial, cand au aparut o multime de soldati cu consecinte psihologice severe in urma traumei razboiului si care au creiat necesitatea de interventii specifice pentru a le restabili homeostazia psihologica. Tot in acei ani a aparut si miscarea de preventie a suicidului ca o atitudine inovativa de evaluare si raspuns fata de cresterea alarmanta a suicidalitatii in populatia generala (Butcher si colab., 1983). A urmat o lunga perioada de eforturi de teoretizare a crizei, a relatiei cu factorii declansatori/predispozanti, a stadiilor crizei, insa teoria interventiei in criza nu a primit in mod explicit aceiasi atentie. Aceasta din urma a fost conceputa doar ca un manunchi de tehnici derivate din teoria crizei care se aplica in functie de tipul crizei si de nevoile particulare ale subiectului, ca o forma de terapie (Ewing, 1978). Principalele tehnici utilizate erau: 1) tehnica recompensarii, focalizata exclusiv pe problemele subiectului cu scopul prevenirii decompensarii psihologice; 2) modelul orientat pe stress, cu accentual pe factorii externi subiectului si 3) modelul sistemic care lua in considerare relatia dintre subiect/familie si contextual social. Modelele erau reciproc exclusive, o abordare inlocuia automat pe alta si ele se limitau doar la o “manipulare generica” a unui sir de factori implicati in criza (Poal, 1990). Ulterior, interventia in criza a inceput sa se desprinda de terapie si astfel Rosenbluh (1981) si Hafen si Peterson (1982) concep interventia in

criza ca un fel de “prim ajutor” psihologic oferit subiectilor pentru a-i ajuta sa depaseasca perioada temporara de incapacitate de coping data de o situatie stressanta. Aceast punct de vedere plaseaza interventia in criza in prima linie de raspuns si ii confera principala ei caracteristica, rapiditatea de raspuns si intinderea pe un timp limitat.

Au fost folosite diferite modele teoretice pentru explicarea crizei si a metodelor de interventie dar nici unul nu a putut cuprinde toate aspectele pe care criza le poate avea. Fiecare individ este unic in felul cum traieste si descrie criza pe care o strabate si aceasta conduce la o multitudine de aspecte si interpretari ale crizei.

Modelele teoretice ale interventiei in criza:

Trei mari modele teoretice stau la baza metodelor de interventiei folosite in mod curent in interventia in criza: modelul echilibrului, modelul cognitiv si modelul tranzitiei psihosociale. Modelul echilibrului este modelul explicativ originar al crizei utilizat de Lindemann (1944) si el postuleaza ca exista o balanta a echilibrului homeostaziei psihologice a unui subiect, iar dezechilibrul acesteia din criza traduce de fapt esecul mecanismelor de coping utilizate de subiect pentru a depasi impactul cu un agent traumatizant. Scopul interventiei in criza este de a ajuta subiectul in restabilirea echibrului initial. Modelul cognitiv se bazeaza pe supozitia ca criza este data de o interpretare cognitiva eronata a subiectului referitor la evenimentul precipitant ca expresie a distorsiunilor cognitive preexistente crizei. Modelul presupune ca prin schimbarea interpretarii cognitive subiectul isi poate redobandi controlul asupra emotiilor, comportamentului si functionarii, model care are ca parintii pe Beck (1976) si Meichenbaum (1977). Modelul tranzitiei psihosociale presupune ca individual este intr-o continua schimbare si dezvoltare sub influenta fortelor interne guvernate genetic si cele exterioare psihosociale iar criza apare atunci cand schimbarea depaseste capacitatile adaptative ale individului. Pionierii acestui model sunt Erikson (1963) si Minuchin (1974). Actualmente cel mai raspandit model este unul eclectic care a adunat laolalta cate ceva de la mai multe modele teoretice. Acest model eclectic este unul pragmatic care este orientat spre interventie si care utilizeaza diferite elemente de la celalte modele dar nu se origineaza in nici unul din ele, ramanand un model deschis fata de oricare alta formulare si strategie care se dovedeste efectiva. El clameaza ca toate crizele sunt unice si distinctive dar in acelasi timp au si ceva similar. A fi un lucrator eclectic in criza inseamna sa fi creativ, intuitiv, deschis experientei, si sa gandesti liber luand in considerare ca nu exista un panaceu universal

pentru criza, sa nu consideri ca valorile si experienta personala sunt mai presus decat cea a subiectului, sa fi capabil sa identifici si sa respecti diferite ipostaze cultural inradacinate. Astfel, Shapiro & Koocher (1996) spune ca in acest model criza nu apare ca un proces, ca in terapie, ci ca o actiune focalizata pe o situatie, ea este totdeauna scurta si implica stabilirea acelor tinte care pot fi atinse rapid, se face in prezent, “aici si acum” si urmareste mai mult un management decat o rezolutie pentru ca lasa subiectului rolul de agent activ al schimbarii in criza, terapistul fiind doar catalizatorul acesteia.

Scopul si principiile interventiei in criza:

In ciuda abordarilor diferite, s-a conturat un scop comun al tuturor interventiilor in criza si anume, restaurarea si imbunatarirea capacitatii de adaptare si de coping a individului in fata unei situatii neprevazute, stressante si generatoare de distres. In tabelul nr. 1 se prezinta scopurile interventiei in criza asa cum au fost formulate de diferiti autori.

Butcher si colab. (1983)	**Kanel (1999)**	**Flannery si Everly (2000)**
identificarea factorilor precipitanti ai crizei si intelegerea rolului lor	schimbarea perceptiei individului asupra agentului precipitant	stabilizarea cu incercarea de oprire a escaladarii distressului
usurarea simptomelor	Reducerea distress-ului subiectului	mitigarea semnelor si simptomelor distressului
restaurarea nivelului optim de functionare preexistent crizei	Restabilirea functionarii adaptative a subiectului	restaurarea functionarii si capacitatii de coping
identificarea si utilizarea resurselor individuale, familiale si comunitare in depasirea crizei		furnizarea de informatii si psihoeducatie

Tabelul Nr. 1: Scopurile interventiei in criza

Pe drumul realizarii acestor scopuri ale interventiei in criza, clinicianul trebuie sa desfasoare diferite actiuni care se subsumeaza urmatoarelor cinci principii (Everly Jr., 2000; Flannery Jr. si Everly Jr., 2000):

1) Sa intervina imediat, criza fiind o situatie emotionala extrema, interventia imediata este imperios necesara cu scopul de a preveni si/sau limita daunele subiectului si a celor din jur;

2) Sa stabilizeze homeostazia psihologica a subiectului aflat in criza si sa nu permita acentuarea distress-ului si progresia deteriorarii functionarii lui;
3) Sa faciliteze intelegerea rolului agentilor precipitanti si a dinamicii crizei permitand subiectului sa formuleze afirmatii cognitive despre acestea si astfel sa rationalizeze emotionalitatea negative si autodestructiva;
4) Sa se focalizeze pe rezolvarea concreta a problemelor, pe identificarea obiectiva a resurselor disponibile, pe formularea unui plan de actiune realist si pe identificarea persoanelor de suport din reteaua sociala proximala a subiectului;
5) Sa restaureze confidenta subiectului prin oferirea de suport orientat spre recastigarea deprinderilor adptative, identificarea creativa a altora, prin identificarea capacitatilor restante de coping si functionare adecvata si prin formularea unui atitudini pozitive orientate pe un scop realist.

In alta ordine a ideilor, Carich si Spilman (2004) formuleaza 12 principii ale interventiei care sunt valabile pentru orice model teoretic:

1) Respectul; consideratia fata de individul in criza care se manifesta prin nivelul de atentie care i se acorda, informarea, ascultarea activa si empatica, sugerarea si nu comandarea, recunoasterea subiectului ca unica prsoana, validarea experientelor subiectului;
2) Raportul; contactul cu subiectul este o parte esentiala a formarii aliantei terapeutice si a schimbarii, acesta conduce la o legatura emotionala cu subiectul, la formarea unei relatii armonioase bazata pe incredere, impartasire, intelegere si acceptare;
3) A fi impreuna cu subiectul; reprezinta modul in care lucratorul in criza se identifica cu subiectul, respectiv felul cum el incearca sa perceapa situatia prin ochii subiectului, sa identifice credintele, presupunerile, judecatile si valorile subiectului si sa le acepte ca indreptatite si valabile;
4) Compasiunea; ea reprezinta intelegerea empatica a subiectului si consta in raspunsul afectiv, cognitiv si comportamental pe care clinicianul il ofera subiectului exprimand grija si atentie. In compasiune Carkhuff (1969) distinge cinci nivele: i) nivelul verbal si non-verbal de expresie ce insemana ascultare atenta; ii) clinicianul raspunde la afectul subiectului; iii) clinicianul arata ca a recunoascut si inteles emotiile si distressul subiectului; iv) clinicianul creiaza premizele pentru ca subiectul sa destainuie mai departe sentimente si ganduri care-l preocupa; v) clinicianul valideaza sentimentele si emotiile

subiectului exprimand intelegerea fata de situatia prin care trece subiectul; compasiunea releva o interactiune cu subiectivitatea individului in criza.

5) Comunicarea pe mai multe nivele; comunicarea cu subiectul se face pe mai multe canale, nu numai afectiv, cu scopul de a culege toate intelesurile pe care subiectul le atribuie crizei proprii;
6) Cooperarea; clinicianul trebuie sa castige cooperarea din partea subiectului prin exprimarea respectului, a dorintei de a participa si prin formarea unei relatii contractuale mutual acceptate in care ambii termeni sunt egali ca valoare si importanta; clinicianul nu este superior subiectului si nu formuleaza ordine sau judecati, in felul acesta cooperarea devine catalizatorul schimbarii;
7) Flexibilitatea; ea se manifesta prin deschiderea clinicianului spre o plaja larga de interactiuni si raspunsuri care nu limiteza comunicarea cu subiectul si nici interventia subsequenta;
8) Utilizarea; este vorba de un process continuu prin care clinicianul foloseste datele obtinute de la subiect prin observatie si evaluarea simptomelor, comportamentelor, expresilor afective si cognitive; aceasta presupune acceptarea si folosirea perceptiilor, atitudinilor si comportamentelor subiectului in interventie si nu pe cele ale clinicianului; o interventie este eficace in masura in care ea utilizeaza aspecte din problemele, comportamentul, functionarea si viata subiectului.
9) Siguranta; este principiul dupa care stabilitatea, prezervarea vietii si inducerea schimbarilor sunt elementele esentiale ale interventiei; protectia subiectului este prioritatea numarul unu in orice moment al interventiei; siguranta trebuie abordata pe cele doua nivele, psihologic si fizic, nivele unde se poate exprima vulnerabilitatea subiectului; identificarea vulnerabilitatilor, a riscurilor, intentiilor si mijloacelor auto- sau hetero-distructive sunt parti constitutive ale evaluarii si interventiei;
10) Generarea schimbarii; se bazeaza pe faptul ca mici schimbari setate in timpul interventiei vor stimula si genera rezolutia crizei si schimbari importante in viata subiectului prin efectul “de cascada sau a bulgarului de zapada” si prin cresterea confidentei subiectului;
11) Principiul metaforei; folosirea de metafore ca reprezentari simbolice ce denota o ideie sau o schimbare si care provoaca sistemul de valori a subiectului cu cresterea consecutiva a increderii si motivatiei subiectului spre schimbare;

12) Orientarea catre scop; orice interventie in criza trebuie sa fie orientata pe scop, realista si concreta ceea ce presupune specificitate sporita fata de clientul aflat in interventie.

Conform autorului, mai trebuie adaugate cateva principii conform carora interventia in criza trebuie sa fie:

- **rapida**, interventia desfasurandu-se la cateva minute sau 1-2 ore de la declansarea crizei;
- **simpla si scurta** adresandu-se direct tulburarilor evidentiate in evaluarea crizei si nu celor cronice sau preexistente crizei;
- **imediata**, subiectul avand posibilitatea sa se adreseze direct programului de criza,
- cat mai **aproape** de rezidenta subiectului,
- **concreta** in sensul abordarii problemelor ridicate de subiect si nu a celor “descoperite” de clinician;
- **realista**, bazata pe resursele psihologice si sociale ale subiectului;
- sa nu creieze **false asteptari** precum cele legate de beneficiul secundar urmarit uneori de subiect.

Tehnicile de baza ale interventiei in criza:

Tehnicile esentiale folosite in interventia in criza izvorasc natural din principiile si scopurile mentionate mai sus. Astfel, inca din anii de pionerat al interventiei in criza Aguilera si colab. (1970) considerau ca principala tehnica a interventiei este de a ajuta subiectul sa “intelectualizeze” criza respective, sa inteleaga si sa introduca in nararea evenimentelor dinamica dintre agent, criza si efectele ei. Alte tehnici pe care aceasta autoare le propune ar fi cresterea abilitatii subiectului de a-si destainui sentimentele si emotiile si explorarea cailor alternative de coping pentru situatia respectiva. In tabelul Nr. 2 se prezinta si alte tehnici propuse a fi utilizate in interventia in criza.

Se poate vedea ca interventia in criza este o actiune psihologic-orientata care este imediata, punctuala, individualizata, in care subiectul in criza este agentul schimbarii iar scopurile ei sunt concrete, legate de dinamica relatiei dintre factorii declansatori si impactul lor asupra individului.

Autorul: Kalafat (1983):	**Autorul: Butcher si colab. (1983)**
stabilirea relatiei terapeutice;	furnizarea de suport emotional
definirea problemei;	facilitarea catarsisului
explorarea emotiilor asociate crizei	ascultarea activa a subiectului
trecerea in revista a abilitatilor potrivite de coping	exprimarea empatiei
decelarea alternativelor de coping	corectarea interpretarilor nerealiste ale subiectului
formularea unui plan de actiune	reformularea situatiei si problemelor
	discutarea consecintelor crizei
	trecerea in revista si evaluarea mecanismelor de adaptare
	conceperea unui contract cu clientul
	urmarirea evolutiei clientului

Tabelul Nr. 2: Tehnici propuse a fi utilizate in interventia in criza

Interventia in criza nu este o terapie, nu este orientata pe tratament medical specific, nu furnizeaza medicamente sau alte practici terapeutice, nu se intinde in timp, nu furnizeaza sfaturi sau retete de viata si nu formuleaza modele psihopatologice sau explicative ale simptomelor sau comportamentului subiectului. Rolul lucratorului in criza este doar sa ajute subiectul in criza sa treaca peste situatie cu pierderi minime si sa-l readuca la nivelul anterior de functionare furnizand instructiuni si indicatii concrete, punctuale si adaptate individului respectiv. Filozofia lui este de a fi impreuna cu subiectului si nu de a transporta o doctrina profesionala intr-o situatia de criza (vezi tabelul Nr. 3). In felul acesta se poate vedea care este diferenta dintre interventia in criza si terapiile de scurta durata. Asa cum Lee Ann Hoff (1995) spunea; “*individul este esentialmente responsabil de viata lui, lui ii este dat sa ia decizii, relatia cu clinicianul din criza este de parteneriat, ambele parti au drepturi si responsabilitati, relatia lor fiind una de complimentaritate si nu una de subordonare*”.

Ce este interventia in criza	**Ce nu este interventia in criza**
O actiune psihologic-orientata	Nu este terapie
Imediata	Nu furnizeaza un diagnostic
Punctuala, operand intr-un anume moment al desfasurarii crizei	Nu recomanda tratamente specifice
Limitata in timp	Nu recomanda medicamente
Personalizata	Nu da sfaturi sau retete de viata
Presupune sprijinirea subiectului in demersul lui de a iesi din criza	Nu se adreseaza simptomelor psihopatologice
Incearca sa corecteze perturbarile temporare emotionale, cognitive si comportamentale	Nu incearca sa remedieze sau sa vindece tulburari emotionale de lung parcurs
Se adreseaza capacitatii de coping si functionarii generale psihosociale	Nu presupune sedinte de psihoterapie
Deznodamantul interventiei este reluarea functionarii si a efortului de coping	Nu opereaza cu conceptele de vindecare sau ameliorare

Tabelul Nr. 3: Ce este si ce nu este interventia in criza.

Unul din lucrurile importante care s-au conturat de-alungul anilor de consolidare a interventiei in criza a fost ca interventia in criza este si un agent al schimbarii, ea oferindu-i subiectului oportunitatea ventilarii emotiilor, dobandirea sensului de a fi impreuna cu altii in depasirea dificultatilor si reformularea si regandirea abilitatilor proprii de rezolvare a problemelor. Iata de ce se spune ca in cele din urma criza este si o oportunitate datorita careia un individ devine mai rezilient, mai capabil sa infrunte viitoare dificultati sau cu alte cuvinte, in orice criza existaun sambure a dezvoltarii personale ulterioare.

<u>Modelul in 7 pasi a lui Roberts</u>:

Un model de interventie in criza este acela care incorporeaza in mod natural scopul interventiei, principiile ei si un set de tehnici care conduc la mitigarea distressului, reluarea efortului de coping si regastigare functionarii normale a subiectului. Un model comprehensiv de interventie foarte raspandit astazi este modelul in sapte pasi a lui Roberts (Roberts, 2005; Roberts si Ottens, 2005). Modelul cuprinde urmatoarea secventa:

1. **Identificarea precoce a persoanei in criza:**

Aceasta se realizeaza prin observare directa, culegere de date de la informanti proximali si prin conducerea unui interviu rapid biopsihosocial, liber sau structurat, cu scopul de evaluare a letalitatii, a periculozitatii fata de sine si fata de altii si a evaluarii nevoilor psihologice imediate. Recunoasterea unei stari de criza impune o evaluare rapida, simpla si imediata astfel ca persoana sa poata sa primeasca raspunsul si protectia adecvata in cel mai scurt timp posibil. In general o persoana in criza prezinta o serie de caracteristici emotionale precum instabilitate emotionala, iritabilitate, tensiune, manie, anxietate, lipsa de control al emotiilor, crize de plans, neliniste psihomotorie, lipsa de rabdare, elemente cognitive precum tulburari de atentie, concentrare, memorie, judecata si elemente comportamentale precum impulsivitate, agitatie, agresivitate sau din contra tendinta de izolare, evitare, pana la lipsa totala de reactie. Individul in criza poate lua contact cu programul de interventie in criza in mai mult ipostaze: sa se prezinte din proprie initiative, sa fie adus de familie, sa fie adus de politie sau alte organizatii comunitare, de vecini sau trecatori, aceste ipostaze fiind generate de modul cum el intelege sa solicite ajutor sau de felul cum altii l-au recunoscut a fi in situatia ce necesita ajutor. In cazul in care subiectul a fost adus de altii, lucratorul in criza trebuie sa culeaga de la acestia toate elementele disponibile precum contextual in care subiectul a fost gasit, factorii declansatori, felul cum s-a prezentat si modul de reactie, ce a solicitat, riscul vital si riscul pentru altii in caz de violenta, ce persoane au mai fost implicate si orice alte informatii care pot contribui la evaluarea crizei.

Una din cele mai grele probleme careia lucratorul in criza trebuie sa le faca fata este de a face deosebirea dintre o stare de criza si o tulburare mentala, aceasta deosebire facandu-se pe baza prezentei evenimentului declansator, a expresiei afectiv-comportamentale a individului, a naratiunii individului in criza, a identificarii simptomelor psihopatologice caracteristice unei afectiuni psihice si pe baza antecedentelor subiectului.

2. **Stabilirea rapida a contactului cu persoana in criza:**

In aceasta a doua etapa a interventiei in criza, profesionistul stabileste un contact cu persoana in criza aratand respect si intelegere fata de situatia acesteia. Cel mai des profesionistul trebuie sa linisteasca persoana si sa o asigure ca este intr-un loc potrivit si in siguranta si sa arate o acceptare neconditionata a situatiei in care se afla. Gesturi simple precum contact vizual cald, atitudinea autentica si lipsita de nuante critice, gesturile simple de simpatie, ascultare atenta,

intrebari simple si un dialog empatic confera subiectului linistea si siguranta ca se gaseste in locul potrivit.

Abilitatile de a stabili un raport autentic si de incredere cu subiectul si capacitatea de a asculta si a simti subiectul sunt elementele esentiale in aceasta faza a inteventiei. Contactul trebuie sa fie respectuos, empatic si lipsit de note moralizatoare sau critice. Abilitatile de comunicare ale lucratorului in criza sunt aici valorizate la maximum cu scopul de a asigura subiectul ca este auzit, inteles, acceptat asa cum e, luat in considerare si pe cale de a fi ajutat. Emotiile, gandurile si comportamentele lui trebuie recunoscute si validate daca ele tradeaza eforturile subiectului de a depasi criza. Clinicianul trebuie sa evite presupuneri nefondate, idei preconcepute, clisee stereotipe despre situatii des intalnite, introducerea propriilor conceptii si valori in relatia cu subiectul. Deasemenea, el trebuie sa evide intrebari care incap cu "de ce" care au o nota acuzatorie sau depreciativa la adresa subiectului; primul gand al lucratorului in criza trebuie sa fie reducerea distresului, de-escaladarea tulburarilor comportamentale precum agresivitatea si violenta.

O lista cu interventiile necesare in aceasta faza ar fi:

- creiaza incredere prin asigurarea subiectului asupra confidentialitatii si a onestitatii;
- furnizeaza ascultare atenta, activa si empatica;
- ofera oportunitatea subiectului de a comunica in felul in care poate si doreste;
- se concentreaza pe continutul verbal si meta-verbal al subiectului;
- mentine unui contact vizual bun, o postura si distanta fata de subiect convenabila situatiei;
- evalueaza emotiile subiectului si este atent fata de ce spune si cum spune sau ce evita sa spuna;
- lucratorul ramane focalizat, deschis, onest si sincer indiferent de situatie si provocari;
- pune intrebari deschise care sa evite raspunsuri scurte;
- parafrazeaza si reflecta raspunsurile pentru a oferii subiectului sentimentul ca a fost auzit;
- cere permisiunea sa actioneze si nu actioneaza dupa presupozitii;
- tine cont de contextual cultural al subiectului;
- tine cont de particularitarile de gen ale subiectului;
- tine cont de daunele care le poate avea subiectul prin criza care o strabate.

3. **Identificarea factorilor precipitanti si a problemelor majore:**

Acum se stabileste natura problemei, factorii precipitanti, "ultima picatura" care a dus la declansarea crizei, existenta unor situatii asemanatoare in trecut, modalitatile anterioare de coping in situatii asemanatoare si gradul lor de succes, lista si prioritizarea problemelor actuale, se intelege legatura cauzala si dinamica criziei actuale, se evaluaza eficienta tentativelor de coping si a functionarii precum si existenta resurselor personale, familiale si comunitare la care subiectul are acces.

Aguilera (1998) descrie cateva din tehnicile specifice utilizate in aceasta faza de evaluare a crizei:

- roaga subiectul sa descrie evenimentul care a precipitat criza;
- determina cand s-a intamplat;
- determina starea fizica si psihica al subiectului;
- determina daca individual a mai experiemtnat un astfel de agent traumatic in trecut si daca da, ce metode a folosit sa depaseasca impactul cu acesta;
- determina daca de data aceasta subiectul a incercat sa utilizeze metode pe care le-a folosit in trecut cu ocazii similare si care a fost rezultatul lor;
- evalueaza riscul potential de suicid si homicid, seriozitatea intentiei, existenta unui plan si a mijloacelor de suicid/himicid;
- evalueaza sistemul de suport al subiectului si adecvanta acestuia;
- determina nivelul de functionare din pre-criza;
- evalueaza perceptia individului asupra abilitatii personale de a depasi criza si a limitarilor ei;
- evalueaza folosirea de alcool si droguri;
- evalueaza prezenta simptomelor psihopatologice (depresie, anxietate, fobii, obsesii, etc.);
- evalueaza prezenta tulburarilor mentale preexistente.

4. <u>Managementul sentimentelor si emotiilor persoanei in criza</u>:

In aceasta etapa este foarte important sa se identifice sentimentele si emotiile subiectului. Lucratorul in criza trebuie sa manifeste o ascultare activa si empatica a discursului persoanei, sa reflecte pozitiv spusele subiectului, sa nu emita judecati, ba din contra, sa valideze incercarile si chiar nereusitele acestuia, abilitatile lui de comunicare sunt aici esentiale. Trebuie sa i se ofere subiectului sansa sa-si ventileze sentimentele si emotiile intru-un climat de intelegere si consideratie, indiferent cat de disfunctionale ar fi ele.

O lista cu interventiile posibil de efectuat ar fi urmatoarea:

- ajuta subiectul sa se exprime si sa se infatiseze necenzurat;
- ofera subiectului timpul sa ventileze emotiile, sentimentele si gandurile lui;
- confera-i subiectului senzatia ca este auzit, simtit, inteles;
- furnizeaza empatie si consideratie fata de starea emotionala in care se afla, exprima abilitatea ta de a intelege starea subiectului;
- incearca sa linistesti subiectul pentru a fi capabil sa comunice clar;
- ajuta subiectul sa identice emotiile si sentimentele pe care le are;
- ajuta subiectul sa-si accepte emotiile si sa nu se judece pentru ele;
- valideaza emotionatitatea subiectului ca fiind ceva uman in situatia data, “vulnerabilitatea ne face umani”;
- ajuta subiectul sa descrie emotiile in cuvinte si sa le denumeasca;

- apoi solicita subiectului sa reformuleze si sa descriere emotiilor in alte cuvinte;
- incearca in mod subtil, cu tact si empatic sa normalizezi emotiile neportivite sau excesive prin tehnici potrivite de linistire si calmare; ofera timp pentru linistire precum si perioade de tacere;
- ramai cu subiectul pana se linisteste;
- ajuta subiectul sa inteleaga relatia dintre emotii si gandurile subjacente ("mesajele pe care ti le dai singur intretin emotiile proprii, nu factorii externi");
- ajuta subiectul sa-si corecteze distorsiunile cognitive cu privire la criza pentru a reduce emotionalitatea proprie (ex. gandirea totul sau nimic, catastrofizarea, manificarea, filtrarea, etc.);
- ajuta subiectul sa-si modifice relatia cu factorii precipitanti si astfel sa reduca emotionalitatea;
- ajuta subiectul sa "rationalizeze" situatia de criza si sa-si reduca astfel emotionalitatea;
- evita sa fi excesiv de rezonant la emotiile subiectului pentru ca astfel le intretii;
- comunica clam, clar, scurt, nu da ordine, nu furniza judecati, nu te arata precipitat, nu fi excesiv de directiv;
- ajuta/invata subiectul sa foloseasca tehnici de linistire precum exercitii de respiratie, relaxare musculara, linistire prin distragerea atentiei sau prin folosirea simturilor (se vor descrie pe larg in partea speciala a cartii);
- ajuta/invata subiectul tehnici de "*mindfulness*" (dirijare a atentiei) pentru tolerarea distress-ului si prin metode de acceptarea radicala a realitatii (a fi prezent moment cu moment in realitatea imediata, a nu judeca, a dirija atentia catre respiratia proprie, a lua gandurile proprii impartial, a nu reactiona la ele, a accepta realitatea fara sa incerci sa o schimbi, a te dezangaja de suferinta, etc. – metode ce se vor prezenta in partea speciala a cartii);

5. <u>Generarea si explorarea alternativelor:</u>

Evaluarea colaborativa cu subiectul a capacitatii actuale de coping , a repertoriului de strategii si tehnici utilizate acum in trecut in situatii similare sau apropiate de cea prezenta va evidentia competenta individului in rezolvarea problemelor personale. De cele mai multe ori, sub imperiul emotionalitatii crescute, se asista la o blocare sau o destructurare a rutinelor de coping si individul nu gaseste modalitatea de a rezolva criza. Astfel, la oamenii in criza putem gasi diferite modalitati negative de coping precum credinta ca nu poate actiona, ca nu stie cum, ca nu este capabil, tendinta de a scapa cu orice prêt, tendinta de a delega problema lui altora, tendinta de a se izola, tendinta de a blama pe altii sau a fi agresiv, etc. Important este ca profesionistul sa dezbata cu subiectrul modalitatile de coping familiare lui si eventual sa genereze si sa exploreze alte alternative. Interventia bazata pe solutii concrete, realiste trebuie sa fie integrata in pachetul de bune practici a interventiei in criza, individul fiind vazut ca o persoana cu resurse care temporar nu sunt operationale. Lucratorul de criza nu sa sfaturi si nu priveste situatia clientului prin propriile valori si istorie, ci incearca sa se puna in situatia subiectului si sa-l cuprinda intuitiv. La fel,

trebuie explorarte distorsiunile cognitive, atitudinile disfunctionale si a expectantele individului, acestea putand conduce subiectul in interpretarea eronata a factorilor precipitanti.

O lista cu interventii pentru generarea alternativelor de coping ar fi urmatoarea:

- stabileste cu subiectul o relatie de acceptanta neconditionata;
- ajuta subiectul sa determine ceea ce el crede ca a determinat criza;
- clarifica problemele pe care subiectul trebuie sa le faca fata;
- ajuta subiectul sa determine sursa problemelor sale;
- incurajeaza subiectul sa discute despre schimbarile pe care le-ar dori sau ar fi necesar de facut;
- incurajeaza explorarea emotiilor si gandurilor care nu pot fi schimbate si exploreaza alternative de coping adecvate pentru acestea;
- ghideaza subiectul printr-un process de rezolvare a problemelor prin care viata lui sa se orienteze intr-o directie pozitiva;
- foloseste o abordare realista si focalizeaza-te pe probleme; asista subiectul in diviziunea problemei in bucati mai mici pe care sa le identifice, sa le ordoneze, sa le prioritizeze si sa incerce sa le resolve in secventa logica;
- ajuta subiectul sa cantareasca consecintele pozitive si negative ale fiecarei actiuni;
- cultiva optimismul subiectului, ajuta-l sa vada problema ca externa, temprora si specifica si nu ca o expresie inevitabila a esecului lui ca persoana;
- ajuta individul sa selecteze strategii de coping alternative care sa usureze situatia de criza;
- asista clientul in identificarea de suport provenind de la altii si de la comunitate;
- incurajeaza clientul sa preia responsabilitatea propriilor greseli fara insa sa conduca la cresterea sentimentului de neajutorare specific crizei;
- ghideaza subiectul spre comportamente de auto-ingrijire precum igiena proprie, alimentatie rationala, hidratare, exercitii fizice, evitarea consumului de alcool si droguri, angajarea in activitati care-i fac placere;
- ajuta subiectul sa-si imbunatateasca imaginea de sine, sa aibe curajul schimbarii, sa face afirmatii pozitive la adresa propriei persoane;
- asista subiectul sa identifice strategiile lui de coping, sa formuleze si sa promoveze altele noi, sa dezvolte afirmatii cognitive de coping pentru fiecare din problemele care le are;
- ajuta subiectul sa identifice ceea ce e mai important si ce conteaza, sa nu astepte prea multe si sa reduca din lista de probleme zilnice de rezolvat;
- Dintre strategiile de coping care trebuie discutate amintim: copingul de rezolvare realista a problemelor (itemizare, prioritizare, organizare si planificare); copingul prin informare (lectura, obersvare sau intrebare); copingul prin auto-incredere (reglarea emotiilor si a comportamentului); copingul prin cautarea ajutorului (contactul cu altii, cu organizatii, ajutorul spiritual); copingul prin acomodare (minimalizare, acceptare, restructurare cognitva, distractie); copingul prin negociere si copingul prin anticipare (dupa Skinner si colab. 2003);

6. **Implementarea unui plan de actiune:**

Aceasta faza reprezinta adevarata trecere de la criza la rezolvarea ei. Ce s-a intamplat cu subiectul in fazele anterioare ale interventiei au creiat premizele ca subiectul sa se intoarca cu fata

la rezolvarea crizei in mod constient si realist, sa se mute din faza de contemplatie in cea de actiune a schimbarii (Prochaska si colab. 1992). Planul de iesire din criza are ca scop restaurarea echilibrului psihologic si a functionarii. Formularea planul de catre subiect da adevarata dimensiune a motivatiei subiectului de a iesi din criza si nu de a o delega lucratorului in criza. Planul trebuie sa fie realist, limitat in timp, concret si flexibil. El trebuie sa apartina subiectului si lucratorul in criza furnizeaza doar un ajutor nespecific. Planul trebuie sa contina actiuni specifice, identificabile, realiste, la indemana subiectului, care sa conduca la acele schimbari de viata care sa permita revenirea la nivelul pre-criza sau la stabilizarea pe un nivel de competenta de functionare adaptativ.

Actiunile cuprinse in plan sunt cele pe care subiectul trebuie sa le faca direct, actiuni pe care trebuie sa le provoace la altii sau actiuni care implica pe altii. Planul se bazeaza pe resursele de coping ale subiectului, pe viziunea proprie asupra crizei, pe reteaua de suport accesibila si pe resursele comunitare existente.

Interventiile pe care le face lucratorul in criza in aceasta etapa sunt inspirate din tehnica interviului de cresterea motivationala a subiectului pentru schimbare (Miller si Rollnick, 2002), precum generarea schimbarii prin abordarea discrepantelor intre prezent si viitor si confruntarea rezistentelor subiectului, intre a vrea si a nu vrea sa faca o schimbare, intre a fi activ si pasiv, interventii care provoaca subiectul si i-l determina sa treaca la formularea unui plan de actiune. O lista cu interventii in aceasta faza ar fi urmatoarea:

- ajuta subiectul in a afirma ca poate sa faca o schimbare concreta in viata;
- incurajeaza subiectul sa creada in capacitatea sa de a realize aceasta;
- ajuta subiectul sa vada diferenta intre problema si solutia problemei;
- confrunta rezistenta subiectulului de a ramane doar la nivelul expunerii problemei sale si de a nu trece la formularea solutiei ei;
- solutia este evocata si formulata de subiect si lucratorul in criza doar il sustine in acest demers;
- ajuta subiectul sa evoce si sa formuleze explicit dorinta unui plan de schimbare/actiune;
- asista clientul in a distinge discrepanta dintre unde este acum si unde ar vrea sa fie si deschide discutia schimbarilor posibile si fezabile care sa constituie nucleul planului de actiune;
- ajuta subiectul sa vada ca problema si solutia sunt parte integranta a crizei;
- conditii pe care trebuie sa le indeplineasca planul:

Planul nu trebuie sa se focalizeze pe:	**Planul trebuie sa se focalizeze pe:**
- deficit	- competenta
- slabiciuni	- potentialitati

- limitari	- posibilitati
- probleme	- incercarea de solutii
- trecut	- viitor
- stagnare	- schimbare
- cauze	- posibile solutii
- solutia este inafara subiectului	- solutia este inauntru subiectului

- planul poate fi privit ca o rezolutie a crizei si ca un contract intre subiect si lucratorul in criza;
- raspunderea realizarii lui apartine in intregime subiectului, lucrtorul in criza functioneaza ca un broker sau advocat;
- o copie a planului ramane la dosarul subiectului la programul de criza.

7. <u>Continuitatea suportului</u>:

La sfarsitul intalnirii, lucratorul de criza asigura subiectul de continua disponibilitate de a furniza ajutor si de intelegere pentru continua sa stradanie de a depasi situatia de criza si de a preveni altele. Se stabiliste modul de contact ulterior cu clientul pentru evaluarea starii de post-criza, asigurarea continuarii ingrijirii, indrumarea catre alte institutii pentru sprijin direct, transferul responsabilitatii ingrijirii subiectului catre alti profesionisti.

- Se discuta despre oportunitatea contactului ulterior cu subiectul pentru monitorizarea progresului;
- Se asigura subiectul despre confidentialitatea acestor contacte;
- Se disculta modul de contactare ulterioara: telefon, vizita la programul de criza;
- Se cauta un acord asupra continutului contactelor de urmarire;
- Acestea pot cuprinde: felul cum clientul indeplineste planul de actiune; deznodamantul actiunilor intreprinse; utilizarea de alternative; legaturi cu comunitatea; evaluarea globala a functionarii;
- Se discuta oportunitatea de contacte suplimentare cu lucratorul in criza, precum nevoia de sedinte de terapie scurta;
- Se discuta despre referirea la alte programe (consiliere, psihoterapie, sanatate mentala, asistenta sociale, etc.)

Din interventiile enumerate mai sus se vede ca oricare ar fi ele, ligantul principal al lor de-a lungul celor 7 stagii ale interventiei in criza este comunicarea terapeutica , cea care amorseaza luarea deciziilor si rezolvarea crizei. Fara aceasta tehnica de comunicare specifica crizei, orice incercare de rezolutie a crizei este sortita esecului. In fig. Nr. 1 se prezinta modul in care interventiile in criza sunt tinute laolalta de comunicarea terapeutica.

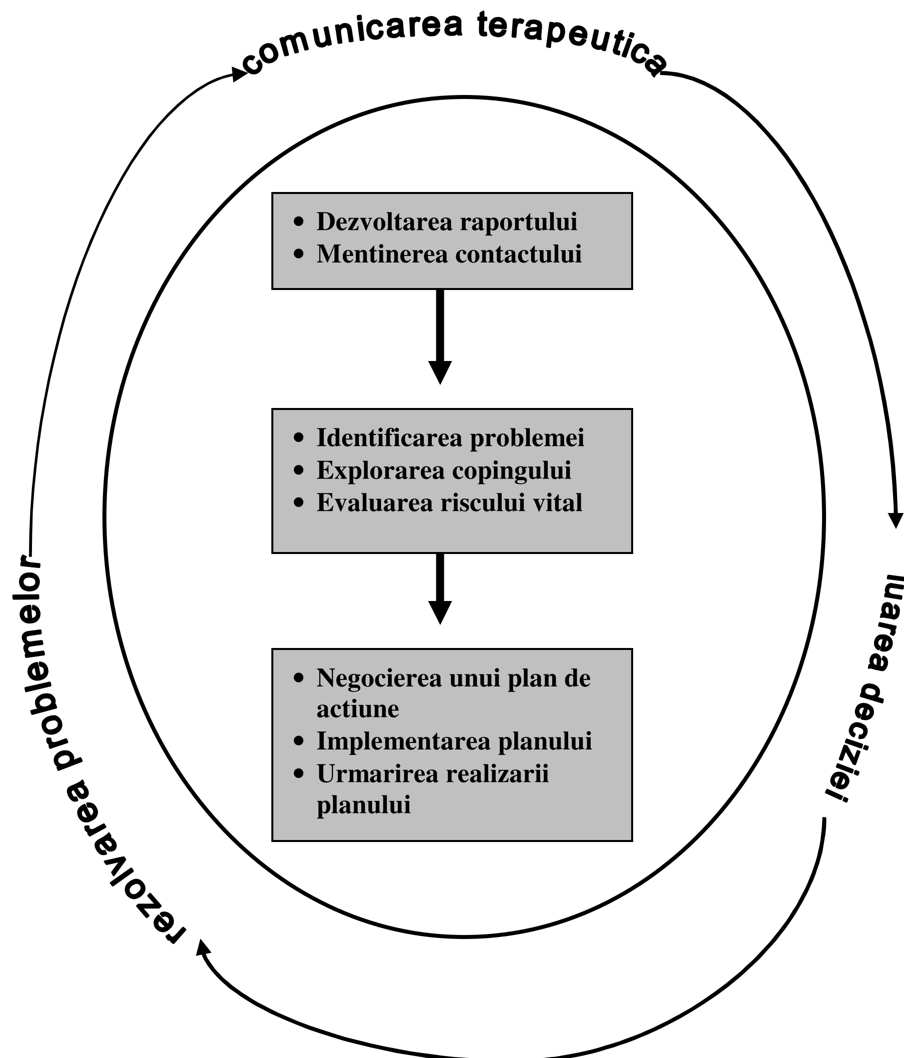


Fig. 1: Modelul integrativ al interventiei in criza (dupa Crisis intervention: nursing best practice guidelines, RNAO, 2002).

In finalul acestui capitol este bine sa inventariem inca odata ceea ce lucratorul in criza este bines a faca si ceea ce este bine sa evite. In tabelul Nr. 4 se prezinta diferite gesturi si activitati care se recomanda si care nu se recomanda a fi utilizate in interventii, indiferent de natura crizei si de modul de intalnire cu subiectul, fata in fata sau la telefon.

De facut:	De evitat:
Ramai calm si deschis	Nu spune ca tu stii cum se simte el
Arata respect si consideratie fata de subiect si asculta-l fara sa-l intrerupi	Nu abate discutia pe alt subiect
Focalizeaza-te pe emotiile si sentimentele subiectului	Nu spune subiectului sa se relaxeze
Asigura subiectul ca ceea ce traieste este de inteles si de acceptat	Nu-i spune ca e bine ca e in viata sau ca a supravietuit
Furnizeaza informatii care sa orienteze subiectul in ambianta in care se afla si despre confidentialitate	Nu spune ca putea fi si mai rau
Lasa-l sa inteleaga ca va mai trai o perioada emotiile si sentimetele lui negative, ele nu dispar dintr-o data	Nu afirma ca toate vine de la Dumnezeu sau de la o putere supranaturala
Ajuta-l sa indentifice, sa inteleaga si sa accepte emotiile si sentimentele lui	Nu spune ca nimanui nu i s-a dat cat poate sa indure
Intreprinde actiuni specifice care sa ajute subiectul sa proceseze si sa normalizeze emotiile si sentimentele sale disfunctionale	Nu minimaliza/ignora emotiile sau sentimentele subiectului
Furnizeaza idei creative de coping cu emotiile si sentimentele lui.	Nu pune diagnostice sau etichete
Ramai totusi neutru si incurajeaza subiectul sa resolve el insusi problemele	Nu intreba subiectul de ce se simte asa
Oferea subiectului oportunitatea de catharsis/ impartasirea gandurilor si emotiilor ca si gest ce duce la linistirea subiectului	Nu spune ca tu stii déjà ceea ce spune subiectul
Evalueaza totdeauna siguranta subiectului, gandurile si impulsurile lui suicidare	Nu moraliza, nu tine predici sau discursuri
Ajuta subiectul sa faca identifice alternative, sa faca alegeri si sa ia decizii	Nu oferii solutii sau spune ca tu stii cum ar trebuie facut
Lasa-l sa inteleaga ca esti acolo cu el pentru a-l asculta si ajuta	Nu pune intrebari care incep cu "de ce"
Ajuta si indruma subiectul sa contacteze si alte agentii care ii pot oferii un ajutor specifi atunci cand e cazul	Nu impartasii teoriile tale subiectului, ci doar ceea ce-l intereseaza cu adevatat
Asista subiectul sa formuleze un plan prin care intelege sa iese din criza	Nu-i arata subiectului asteptarile tale,
Ramai disponibil sa te contacteze cand doreste	Nu furniza teorii asupra lucrurilor discutate

Tabelul Nr. 4: Lucruri ce se recomanda a fi facute si altele care se recomanda a fi evitate in timpul unei interventii in criza (modificat dupa Roberts si Yeager, 2009 si Millman si colab. 1998).

In partea speciala a acestei carti se va discuta inteventii croite anume pentru situatii specifice.

Bibliografie:

Aguilera DC, (1998). Crisis intervention: Theory and methodology (8th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Aguilera DC, Messick JM, Farrell MS (1970): Crisis Intervention: Theory and Methodology, The C.V. Mosby Company, St. Louis.

Beck AT (1976): Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press.

Butcher JN, Stelmachers AT, Maudal GT (1983): Crisis Intervention and Emergency Psychotherapy in ID WEINER (ed.): Clinical Methods in Psychology, (2nd ed.), John Wiley & Sons, New York.

Carich MS and Spilman K (2004): Basic Principles of Intervention, Family Journal: Counseling and therapy for couples and families, 12 (4): 405-410.

Carkhuff RR (1969): Helping and human relations. Vol. I: Selection and training. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Everly Jr. GS & Mitchell JT (1999): Critical Incident Stress Management (CISM): A new era and standard of care in crisis intervention (2nd Ed.). Ellicott City, MD: Chevron.

Everly Jr.GS: Five principles of crisis intervention: reducing the risk of premature crisis intervention, International Journal of Emergency Mental Health, 2000; 2:1-4;

Erikson E (1963): Childhood and society (2nd ed.). New York: Norton.

Ewing CP (1978): Crisis Intervention as Psychotherapy**,** Oxford University Press, New York.

Flannery Jr RB, Everly Jr GS (2000): Crisis Intervention: A Review, International Journal of Emergency Mental Health, 2(2): 119-125.

Hafen BQ & Peterson B (1982): The Crisis Intervention Handbook, Englewood Cliffs, New Jersey.

Hoff, LA (1995): People in crisis: understanding and helping, 4th Ed. Jossey-Bass Publ. San Francisco, CA

James RK, Gilliland BE (2005): Crisis Intervention Strategies, 5th Ed. Thomson/Cole: Belmont, CA

Kalafat J (1983): Training for Crisis Intervention, in L COHEN, W. CLAIBORN and G SPECTER (Eds.): Crisis Intervention, Human Sciencies Press, New York.

Kanel, K. (1999). Guide to crisis intervention. (1st ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
Lindemann E (1944): Symptomatology and management of acute grief, American Journal of Psychiatry, 101; 141 -148.

Meichenbaum DH (1977): Cognitive-behavior modification: An integrative approach. New York: Plenum.

Miller WR, Rollnick S (2002): Motivational interviewing: Preparing people for change (2nd ed.) New York: Guilford Press.

Millman J, Strike DM, Van Soest N, Schmidt E (1998): Talking with a caller: Guidelines for crisis and other volunteer counselors, Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Minuchin S (1974): Families and family therapy. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Poal P (1990): Introduction to the theory and practice of crisis intervention, Quaderns de Psicologia, 10:121-140.

Prochaska J, DiClemente C, Norcross J (1992): In Search of How People Change. American Psychologist, 47: 1102-1114.

Registered Nurses Association of Ontario (2002): Crisis intervention: nursing best practice guidelines, Toronto: Ontario; www.rnao.org

Roberts AR (2005): Bridging the past and the present to the future of crisis intervention and crisis management, in AR Roberts (Ed.) Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research (3rd ed.), New York: Oxford University Press.

Roberts AR, Ottens AJ (2005): The Seven-stage Crisis Intervention Model: A road map to goal attainment, problem solving, and crisis resolution, Brief Treatment and Crisis Intervention, 5:3290339.

Roberts AR, Yeager KR (2009): Pocket guide to crisis intervention, Oxford University Press, New York.

Rosenbluh ES (1981): Emotional first aid. Louisville, KY: American Academy of Crisis Interveners.

Shapiro D and Koocher G (1996): Goals and practical considerations in outpatient medical crises. Professional Psychology: Research and Practice, 122: 109–120.

Skinner EA, Edge K, Altman J, and Sherwood H (2003): Searching for the Structure of Coping: A Review and Critique of Category Systems for Classifying Ways of Coping, Psychological Bulletin 129 (2): 216–269.

PARTEA IV: COMPENDIU DE INTERVENTII SPECIFICE IN CRIZA

1. Evaluarea si interventia in criza pentru un individ suicidar – adult

Cuprins:

I. Introducere

Trebuie spus de la inceput ca programul de criza este cel destinat sa raspunda cu promptitudine si eficienta in situatiile de risc suicidar in masura in care acestea sunt facute public de catre indivizii in cauza, de cei din jurul lor sau de organizatiile si agentiile comunitare care au in grija bunastarea publica. Aici nu e vorba de a detecta acei indivizi din populatia generala care sunt pasibili de a comite un suicid in viitorul apropiat sau indepartat.

Nu exista o statistica confidenta referitor la prevalenta amenintarilor de suicid. Ce se stie cu precizie este ca suicidul este intre a 8-11 cauza de deces in tarile vestice si ca la un suicid reusit ii coresepunde intre 5 si 20 tentative de suicid. Conform experientei autorului, amenintarile de suicid resprezinta intre 20-25% din volumul total al persoanelor evaluate si a interventiilor efectuate intr-un program de interventie in criza. Rogers si colab. (2001) au facut un stidiu pe 241 consilieri psihologici si gasesc ca 71% din ei lucreaza cu persoane care au avut tentative de suicid si 28% din ei au avut cel putin un client care s-a sinucis. Pentru medici, se spune ca tot la 6 ani un psihiatru pierde un pacient prin suicide.

Contrar a ceea ce se crede, indivizii cu ideatie suicidara sunt in marea majoritate dispusi sa impartaseasca aceste ganduri atunci cand sunt intrebati in mod corespunzator si intr-un context adecvat care sa respecte confidentialitatea si sensibilitatea subiectului. Aplicarea chestionarelor in populatia generala in vederea apreciarii prevalentei ideilor suicidare nu indeplinesc aceste conditii si de aceia rezultatele furnizate de acestea nu sunt neconfidente.

II. Ce este un individ suicidar

Mult timp a existat o confuzie intre termenii folositi in domeniul suicidologiei. In dorinta de a imbunatati comunicarea intre specialistii din acest domeniu O’Carroll si colab. (1996) au unificat terminologie folosita pana in acel moment si au generat cateva definitii care sunt valabile si astazi. Astfel “suicidul” sau “suicidul complet” este definit ca moartea provocata de rani, otravuri sau sufocare care a fost evidentiata implicit sau explicit ca fiind produsa de subiectul in cauza. Prin “tentativa de suicid” se intelege cu comportament auto-destructiv care nu a condus la moartea subiectului si pentru care exista evidenta explicita si implicita ca subiectul respectiv a intentionat intr-o anumita masura sa se omoare. “Ideatie suicidara” se defineste ca autoraportarea de ganduri suicidare si de angajare intr-un comportament legat de dorinta de suicid.

In lucrarea de fata vom vorbi de individul suicidar ca acea persoana care manifesta direct sau indirect gandurile, dorintele si impulsurile de a-si curma viata. Spre deosebire de individual cu tentativa de suicid, acesta nu a intreprins inca nici un gest pentru a-si curma viata.

III. Cum ia contact un individ suicidar cu programul de criza

Circumstantele in care un individ suicidar ar putea ajunge la programul de criza ar fi urmatoarle:

- se prezinta el insusi;
- este adus de familie/prieteni;
- este adus de personal medical/asistenta sociala;
- este adus de ambulanta;
- este adus de politie;
- este referit de alte institutii/facilitati medicale sau ne-medicale;

IV. Cum se prezinta un individ suicidar

Nu exista un model tipic al prezentarii unui individ suicidar, fiecare individ exprimand in acest fel personalitatea subjacenta, modelul emotional sau felul cum traieste criza pe care o strabate. Infatisarile pe care un subiect suicidar le-ar putea lua ar fi:

- este trist, abatut, anxios, nelinistit;
- este emotional, plange, suspina, striga, este agitat motor;
- este apatic, opozitional, nemiscat, refuza sa vorbeasca;
- este manios, iritabil, artagos, ostil, amenintator;
- este bizar, excentric, psihotic;
- este sub influenta alcoolului/drogurilor si prezinta semen de intoxicatie cu acestea;
- prezinta indici de comportament auto-mutilant (prezenta de taieturi sau altfel de rani recente sau mai vechi pe antebrate sau alte parti ale corpului);
- se prezinta conform starii psiho-fiziologice de dupa o tentativa esuata de suicid (palid, obnubilat, transpirat, cu respiratie rapida, slabit, cu fizionomie anxioasa, etc.)

V. Comunicarea cu un individ suicidar

a. comunicarea fata in fata:

Comunicarea cu un subiect suicidar este o incercare de prima marime pentru lucratorul in criza ca si pentru oricare alta persoana. Se considera ca suicidul este “*una din cele mai groaznice*

tragedii cu care se confrunta lucratorii din institutiile de sanatate mentala" (Bonner, 1990). Este o situatie speciala care solicita din plin emotiile clinicianului care se confruncta cu un individ aflat intr-o situatie limita, cand viata ii este in joc, individ care este foarte senzitiv, neincrezator, suspicios si gata sa creada ca nu este inteles sau ca s-a adresat la cine nu trebuie. De performarea in bune conditiuni a acestui prim contact si de o comunicare autentica tine succesul actiunilor ulterioare, precum evaluarea si interventia; daca se esueaza acum se esueaza si mai departe (Joiner si colab. 2009). Tot Bonner (1990) caracteriza reactia in fata suicidului ca "*cea mai mare frica, adesea paralizanta pentru emotionalitatea clinicianului si care adesea interfera cu judecata clinica si rezolutia crizei*".

Comunicarea cu un subiect suicidar are ca scop formarea unei aliante terapeutice care sa permite explorarea in profunzime a gandurilor suicidare, a factorilor favorizanti, a capacitatii subiectului de a formula un plan de siguranta si de a-l urmarii in vederea recastigarii dorintei si sperantei de a trai. Aceasta etapa a comunicarii se numeste si etapa de angajare pentru ca scopul este de a-l capacita pe subiect in angajarea responsabilitatii proprii pentru ceea ce gandeste si pentru ceea ce vrea sa schimbe.

Se poate ca in primele momente ale contactului, subiectul sa nu doreasca sa vorbeasca sau are o perioada lunga de latenta. Astfel, din primele momente comunicarea non-verbala este importanta. Individual suicidar trebuie sa intalneasca un profesionist calm, stabil, care-l priveste cu simpatie, intelegere si profesionalism exprimat prin fizionomie, pozitia corpului, asezarea in spatiu si miscarile de ansambu ale copului. Miscarea capului sau a muschilor fetei nu trebuie sa fie exagerate din dorinta de a face subiectul sa inteleaga ca este perceptut, ascultat si acceptat; orice exagerare conduce la sentimentul de inautenticitate si la ruperea contactului.

Comunicarea verbala se stabileste prin initierea unui dialog care sa incurajeze subiectul sa impartaseasca sentimentele si preocuparile sale. Sunt patru comandamente ale comunicarii cu un individ suicidar: i) asculta-l cu atentie, calm si caldura, ii) trateaza-l cu respect si seriozitate, iii) empatizeaza cu emotiile lui, accepta-le si nu-l judeca si iv) exprima grija, increderea si capacitatea de a-l ajuta. In spatele oricarei naratiuni a unui subiect suicidar se ascund cele cinci sentimente care sustin ideatia suicidara carora le corespund ganduri automate specifice (vezi tabelul Nr. 1)

Sentimente	Ganduri automate
Tristete	As dori sa fiu mort
Singuratate	Nu-i pasa nimanui
Lipsa de speranta	Sunt un invins
Lipsa de ajutor	Nu pot face nimic
Lipsa de valoare	Ceilalti vor fi mai fericiti fara mine

Tabelul Nr. 1: Sentimentele si gandurile automate ale unui suicidar

Este important ca comunicarea cu subiectul suicidar sa fie facuta intr-o incapare linistita, separata, fara zgomote, intruziuni, apeluri telefonice, care sa ofere izolarea, siguranta, comfortul si confidentialitatea de care are atata nevoie subiectul. Protejeaza subiectul al altii, precum membrii de familie, prieteni, politie si de ziaristi atunci cand este cazul. Ofera un pahar cu apa si intreaba daca doreste si altceva inainte de a comunica (sa se spele, sa manance, sa foloseasca un WC, etc.). Apoi lucratorul in criza trebuie se se recomande cu numele, calitatea si educati profesionala si sa-l asigure ca exista tot timpul necesar comunicarii si destainurii problemelor lui iar lucratorul este dornic sa asculte cu atentie si consideratie ceea ce vrea subiectul sa prezinte. Prin acest tip de angajare se construiesc premizele necesare evalurii si interventiei, cei doi pasi care urmeaza logic stabilirii contactului si a comunicarii cu individual suicidar.

Exista cateva gesturi si atitudini care reprezinta miezul comunicarii si altele care trebuiesc imperios evitate. In tabelul Nr. 2 se prezinta fata in fata ceea ce se indica sa se faca si ce nu in comunicarea cu un ndivid suicidar.

b. Comunicarea la telefon:

Contactul cu un subiect suicidar este un lucru foarte sensibil atunci cand se realizeaza la telefon. Primele momente ale comunicarii sunt momentele critice pentru ca de ele va depinde daca subiectul va sta la telefon sau va inchide telefonul. Subiectul care apeleaza se poate prezenta in mai multe feluri: sa fie direct si clar in ceea ce comunica, sa fie evaziv si confuz, sa fie ezitant sau sa taca. In orce situatie lucratorul in criza trebuie sa identifice programul si sa se identifice ca mai apoi sa afirme dorinta lui de a asculta si de a ajuta. Trebuie apoi sa asigure subiectul ca a sunat acolo unde trebuie. La fel, lucratorul in criza trebuie sa stie sa trateze ezitarile si perioadele de tacere lund in considerare inhibitia, rusinea si alte defense ale subiectului. In acest caz, clinicianul trebuie sa prezinte mai pe larg programul de criza si faptul ca subiectul poate ramane anonim la fel

ca si toate datele pe care le impartaseste, iar problemele pe care le spune sunt luate in serios si tratate in mod profesionist; el poate sa se increada in aceasta linie telefonica si in programul de criza.

Cum sa comunici:	Cum sa nu comunici:
• Asculta cu atentie si fi calm	• Nu intrerupe prea des
• Exprima intelegerea sentimentelor persoanei (empatie)	• Nu te arata socat sau emotional
• Furnizeaza mesaje non-verebale de acceptanta si respect	• Nu lasa sa se inteleaga ca esti ocupat si sub presiunea timpului
• Exprima respect pentru opiniile si valorile subiectului	• Nu te arata condescendent si superior
• Vorbeste onest si genuine	• Nu fa remarci ofensive, inchizitoriale sau lipsite de claritate
• Arata preocupare, grija si caldura	• Nu pune intrebari stanjenitoare sau provocatoare
• Stai centrat pe sentimentele subiectului	

Tabelul Nr. 2: Ce se indica sa se face si ce nu in comunicarea cu un suicidar

Daca nu poate comunica la telefon, subiectul este invitat la locatia programului pentru a se intalni fata in fata cu clinicianul. Oricum, daca este vorba de o urgenta, de o situatie de criza, este bine ca subiectul sa o declare acum, la telefon. Dupa acest prim contact, lucratorul in criza se focalizeaza pe angajare subiectului in comunicare. O secventa a acestei comunicari initiale este prezentata in tabelul Nr. 3.

- Identifica programul si lucratorul de la telefon;
- Asigura subiectul de confidentialitate si de professionalism;
- Trateaza chematorul cu respect si afirma ca esti dispus sa-l asculti cu atentie;
- Fa-l sa simta ca a telefonat unde trebuie si la momentul care trebuie;
- Evalueaza daca este vreo urgenta, daca chematorul este in siguranta, in pericol imediat si ca esti disponibil si in pozitia de a-l ajuta;
- Reflecta si parafrazeaza cele spuse de subiect cu scopul de a-l face sa ofere mai multe detalii despre emotiile si ideile de suicide;
- Concentreaza-te asupra emotiilor si sentimentelor subiectului si mai putin asupra cauzelor;
- Fi empatic si lasa-l sa inteleaga ca este auzit si inteles;
- Ofera-i timpul necesar sa-si ventileze sentimentele si gandurile;
- Recunoaste si valideaza sentimentele si gandurile lui, fi calm, confident, interesat, grijuliu;
- Asigura subiectul de consideratia si intelegerea situatiei in care se afla;
- Subliniaza ca a facut bine ca a sunat acum;
- Afirma ca reprezinti programul care-l poate ajuta si esti persoana calificata sa faca acest lucru;

Tabelul Nr. 3: Secventa comunicarii initiale la telefon cu un suicidar

In acelasi timp, lucratorul in cauza trebuie sa evite sa fie critic, condescendent, inchizitorial, sa fie moralizator, sa puna diagnostice sau etichete, sa spuna ca a mai intalnit astfel de cazuri, sa dea exemple din viata proprie, sa expuna puncte de vedere teoretice sau sa para ocupat, plictisit, sub presiunea timpului sau din contra, sa fie dramatic, impresionabil, reactiv, prea curios si sa puna intrebari care incep cu “de ce”. Dupa angajarea subiectului intr-un flux autentic de comunicare lucratorul in criza poate trece la evaluarea suicidalitatii si apoi la furnizarea interventiei.

VI. Evaluarea unui individ suicidar

Evaluarea unui individ suicidar reprezinta in fapt o evaluare a riscului lui de suicide. Aceasta evaluare este o incercare deosebita pentru lucratorul in criza care cere multa finete si experienta si nu exista in tot portofoliul de protocoale si interventii ale lucratorului in criza una

care sa fie atat de complexa si care sa antreneze atata responsabilitate si considerente morale si sociale ca evaluarea unui subiect suicidar. Shea (2004) vorbeste de "*arta delicata a revelarii ideatiei suicidare*".

Conform Ghidului de interventie practica a Asociatiei Psihiatrilor Americani (APA), evaluarea riscului suicidar este un proces multi-axial care coroboreaza date culese referitor la ideatia si comportamentul subiectului precum si factorii psihosociali si istoria lui. Scopul evaluarii riscului de suicide este de a identifica factorii care pot creste sau scadea nivelul riscului de suicid si sa permita formularea rapida a unui plan de siguranta care se adreseaza acelor factori favorizanti. Scopul evaluarii este sa conduca rapid la incadrarea subiectului intr-un grad anume de risc ca mai apoi sa permita derularea imediata a unei interventii individualizate care sa securizeze subiectul si sa atace tintele programului de ingrijire (Jacobs si Brewer, 2004).

Granello (2010) identifica 12 principii care stau la baza procesului de evaluare a riscului suicidar. El porneste de la ideia ca incercand sa evalueze un individ suicidar, clinicianul este tentat sa adopte o atitudine minutioasa, focusata pe detalii si astfel prezinta o viziune in tunel care ignora tabloul mai larg, de ansamblu, a vietii, intereselor si situatiei subiectului. In tabelul Nr. 4 se prezinta lista celor 12 principii de evaluare ale lui Grenello de care trebuie sa tina seaman lucratorul in criza pentru a face o evaluare de confidenta.

Principiile esentiale ale evaluarii riscului suicidar:
1. Fiecare persoana este unica, diferita;
2. Evaluarea este complexa si provocatoare atat pentru subiect cat si pentru clinician;
3. Evaluarea este un proces continuu care se intinde pe toata durata ingrijirii subiectului;
4. Conduce la posibile erori generate de o precautie exagerata (ex. falsii pozitivi);
5. Evaluarea este o activitate care se bazeaza pe colaborare, coroborare si consultare;
6. Evaluarea se bazeaza pe judecta clinica;
7. Ia in serios toate amenintarile, semnele de alarma si factorii de risc decelati;
8. Pune intrebari grele, incommode, jenante;
9. Evaluarea riscului suicidar este parte componenta a interventiei terapeutice;
10. Evaluarea cauta sa decoperteze mesajele ascunse ale subiectului;
11. Evaluarea este facuta intr-un context cultural de care trebuie sa se tina seama;
12. Toate actiunile componente ale evaluarii trebuie documentate in dosarul subiectului.

Tabelul Nr. 4: Principiile evaluarii riscului suicidar (Granello, 2010)

Protocolul tipic de evaluare a suicidalitatii recomandat de APA se numeste “Evaluarea de baza in cinci pasi” si cuprinde:

1. Identificarea prezentei ideatiei/gandurilor suicidare si a istorie de suicide;
2. Identificarea factorilor de risc pentru suicid;
3. Identificarea factorilor protective pentru suicid;
4. Determinarea nivelului de risc pentru suicid;
5. Documentarea evaluarii si a planului de interventie.

Pentru Shea (2009) protocolul de evaluare a suicidului cuprinde trei etape:

- strangerea de informatii privind factorii de risc, factorii protectivi si semnele de alarma ale suicidului;
- colectarea informatiilor legate de ideatia suicidara, planul si intentia de suicid a subiectului;
- formularea clinica a riscului de suicid bazata pe cele doua feluri de informatii de mai sus.

In general, lucratorul in criza poate sa se intalneasca cu doua situatii, fiecare din ele prezentand caracteristici specifice, dar si aspecte commune. Mai jos se prezinta un ghid pentru fiecare din ele:

1. Evaluarea in cazul unei tentative nereusite de suicid:

- evalueaza care este stare fiziologica a subiectului (frecventa respiratiei, a batailor cardiace, paloarea, transpiratiile, starea constientei, etc)
- determina exact ce a intreprins subiectul: ce substante a luat si in ce cantitate, ce rani si-a produs, timpul scurs de la tentativa pana la prezentare la programul de criza;
- este necesar sa fie vazut de un medic sau sa fie transportat la serviciul de urgenta sau de terapie intensiva?
- determina exact cu ce sa fie transportat in serviciul de ingrijire medicala;
- ia legatura cu personalul din acel department pentru transferul ingrijirii si responsabilitatii fata de subiectul in cauza;

- in cazul unei tentative usoare de suicid determina daca subiectul ramane in custodia programului de criza si asta numai dupa ce acesta a fost examinat de medic si au fost excluse riscurile vitate ale acestei tentative; in acest caz evaluarea se desfasoara ca mai jos;

2. Evaluarea individului cu ideatie suicidara:

a. in cazul in cazul in care subiectul afirma intentia de a se sinucide:

- identifica gandurile suicidare, continutul si forma lor, seriozitatea lor; incepe cu intrebari mai generale (de ex. "*vi se pare ca viata nu mai marita traita?")* si se continua cu intrebari directe (de ex. *"aveti ganduri sa va curmati viata?", " va preocupa ganduri ca ar fi mai bines a fiti mort?")*
- determina daca gandurile suicidare sunt active, daca subiectul a setat un timp pentru a trece la actiune (sunt legate de timpul prezent sau sunt expuse ca o optiune pentru viitor);
- subiectul se prezinta cu o intentie serioasa de suicid sau este doar o alternativa?
- evalueaza frecventa ideilor de suicid: ocazional, frecvent sau continuu;
- cat de intense sunt acestea si care este gradul de control ale gandurilor sale: subiectul poate sa se gandeasca si la altceva sau este dominat de acestea;
- care este intelesul pe care subiectul il da suicidului sau (sa moara, sa scape, sa pedepseasca astfel pe altii, sa se pedepseasca pe sine, sa comunice ceva anume, sau nu stie de ce);
- cum vede subiectul situatia de dupa suicidul sau?

b. In cazul in care individul are si un plan de suicid:

- identifica care este planul de suicid; este acest plan unul letal? are mijloace sa-l duca la indeplinire? Cat de letale sunt mijloacele de suicid care le are la indemana? In ce stadiu sunt preparativele lui? Este acest plan de suicid realist sau nu? Exista probabilitatea de interventie sau de salvare? Este vorba de planificare sau de impulsivitate? Este subiectul determinat sa-l duca la indeplinire sau este ambivalent?
- identifica in ce stadiu sunt preparativele de suicid (a lasat o scrisoare, si-a facut un testament, a vorbit cu un prieten, a postat pe internet/facebook o nota de ramas bun, si-a platit datoriile, etc.);

c. Elemente de evaluat in ambele situatii:

- deceleaza care sunt problemele curente ale vietii subiectului; este aceasta dorinta de suicid o solutie a problemelor lui de viata, cat de severe sunt acesta sau vrea sa comunice ceva prin acest gest si cui; a luat in considerare subiectul si alte optiuni pentru rezovarea acestor probleme de viata sau acestei comunicari?
- discuta despre alternative de solutionare a problemelor dar lasa alegerile in mana subiectului;
- subiectul doreste "sa ia pe cineva cu el" (sa incerce sa antreneze si pe altii in actul lui suicidar);
- intreaba de istoria lui de sucid, frecventa gandurilor suicidare in trecut, incercari anterioare de suicid, istorie de auto-vatamare corporala; nu trebuie uitat ca tentativele anterioare de suicid, fie ele si cele "abortate" (contemplarea si manipularea mijloacelor de suicid fara a trece la actiune), este unul din indicatorii cei mai confidenti ai riscului de suicid;
- determina starea mentala curenta (depresie, anxietatea, psihoza, impulsivitate, lipsa de speranta, etc.) considerand ca existenta unor conditii psihopatologice sau tulburari psihice pot creste riscul de suicid;
- detecteaza daca subiectul a consumat recent alcool sau droguri si daca gandurile lui sucidare sunt legate de acest consum;
- chestioneaza subiectul asupra prezentei tulburarilor, bolilor sau dizabilitatilor fizice si rasunetul lor supra vietii si functionarii lui;
- identifica prezenta factorilor de risc (vezi mai jos);
- identifica si prezenta factorilor protectivi ai suicidului; (vezi mai jos); discuta despre existenta unor factori care l-ar putea face sa amane sau sa renunte la intentia/planul de suicid.

In tabelul Nr. 5 se prezinta algoritmul de baza al evaluarii suicidalitatii.

• Ia in considerare factorii de risc a individului; • Determina sentimentele de lipsa de speranta si de ajutor; • Identifica prezenta si detaliile planului de suicid; • Evalueaza contextul si semnificatia suicidului pentru subiect; • Determina intentia subiectului de suicid si letalitatea acestei intentii; • Intreaba de accesul la mijloace de suicid (arme, otravuri, medicamente, etc.); • Clarifica care sunt problemele pe care le vrea rezolvate prin suicid; • Identifica problemele mentale subjacente; • Identifica problemele fizice subjacente; • Evalueaza istoria comportamentului de suicid; • Evalueaza prezenta si magnitudinea suportului subiectului.

Tabelul Nr. 5. Tabel sinoptic al evaluarii suicidalitatii (Davies, 2003)

3. **Evaluarea factorilor de risc suicidar** este un alt palier de luat in considerare in evaluarea generala a unui subiect cu ganduri suicidare. Kessler si colab (1999) deceleaza urmatorii factori de risc suicidar:

- factori demografici:
  - i) varsta: in general incidenta suicidului creste cu varsta dar cu toate acestea exista un varf la barbatii si la tinerii intre 14-24 ani; femeile in varsta prezinta o rata mai mica a suicidului decat barbatii;
  - ii) sexul: barbatii prezinta o rata mai mare de suicid decat femeile la aceiasi varsta, in schimb femeile au o rata mai mare la comportamentul de auto-vatamare;
  - iii) statutul marital: indivizii separati, divortati, vaduvi, necasatoriti sau singuri au un risc mai mare; prezenta unui copil in intretinere reprezinta un factor protectiv;
- statutul social si vocational: somajul, pensionarea sau pierderea statutului social avut anterior sunt factori de risc;
- prezenta unei istorii de tentative de suicid creste probabilitatea realizarii unui suicid; riscul este cu atat mai mare cu cat letalitatea tentativelor anterioare a fost mai severa; la fel, riscul este mai mare daca tentativele anterioare au fost facute in lipsa factorilor precipitanti; o istorie de auto-vatamare nu indica un suicid in viitor;

- prezenta bolilor fizice cronice sau severe, a celor dizabilitante sau a celor terminale creste riscul de depresie si de suicid consecutiv;
- prezenta unei tulburari psihiatrice, mai ales depresia majora, tulburarea bipolara, schizofrenia, tulburarea marginala de personalitate, tulburarea antisociala de personalitate si abuzul de alcool/droguri creste riscul de suicid;
- o istorie de comportament impulsive coreleaza cu o rata crescuta de suicide;
- prezenta unor simptome psihopatologice precum lipsa de speranta (credinta ca lucrurile nu se pot schimba, viitorul este sumbru), anxietate severa, insomnie severa, simptome psihotice sunt predictori ai suicidului;
- posesia mijloacelor de suicid precum arme de foc sau substante otravitoare;
- recenta externare dintr-o sectie de spital reprezinta o fereastra de oportunitate pentru multi suicidari;

In mod practic, lucratorul in criza trebuie sa evalueze factorii favorizanti ai suicidului intr-o secventa logica, conform algoritmului de identificare a factorilor care cresc probabilitatea ca subiectul cu ganduri suicidare sa actioneze (vezi tabelul Nr. 6). In plus, se determina cati factori favorizanti prezinta subiectul in tipul evaluarii, stiut fiind ca cu cat sunt mai multi cu atat probabilitatea de suicid este mai mare.

Rudd si colaboratorii (2006) fac deosebirea dintre factorii de risc si semnele de alarma ale suicidului, acestea din urma fiind sentimente si comportamente care coreleaza inalt cu prezenta ideilor de suicid. Dupa acesti autori, riscul de suicid este cu atat mai mare cu cat se acumuleaza mai multe semne de alarma si factori de risc intr-un anume timp. In Fig. Nr. 1 se prezinta o diagrama in care se pot vedea diferentele dintre cele doua categorii de factori. In Anexa Nr. 1 se prezinta o lista exhaustiva a ariilor de evaluare pentru decelarea factorilor de risc asa cum au fost recomandat de Bryan si Rudd (2006).

- determina de cat timp subiectul are ganduri suicidare, continue sau intermitente;
- se simte subiectul fara speranta, viitorul i se pare sumbru;
- este subiectul un impulsiv;
- este subiectul instabil emotional;
- cat de mare este necazul subiectului (nivelul de distress);
- a mai incercat subiectul sa se sinucida;
- are simptome de depresie, psihoza, tulburare marginala de personalitate;
- este subiectul intoxicat cu alcool/droguri;
- identifica istoria recenta de tulburari psihice ale subiectului;
- a fost subiectul externat de curand dintr-o sectie de psihiatrie;
- subiectul traieste singur sau are familie si care este suportul social proximal;
- are subiectul copii care ii intretine sau de care are grija;
- are subiectul vreun plan de viitor;
- ce alti factori de risc sunt prezenti precum pierderi de status sau financiare/ deces sau separare de o persoana semnificativa;
- obtine informatii din alte surse;

Tabelul Nr. 6: Secventa de identificare a factorilor favorizanti ai suicidului

Urmatorul pas important dupa evaluarea ideatiei suicidare, a intentiei de suicid si a planului de suicid pe de o parte si a factorilor de risc suicidar si a semnelor de alarm ape de alta parte, este incadrarea subiectul intr-o grupa de risc de suicid. Teoria acumularii factorilor ce predispun la suicid a condus in mod natural la conturarea gradelor de risc de suicid, grade care tradeaza greutatea si numarul factorilor de risc dintr-o categorie. De fapt aceasta clasificare ierarhizeaza letalitatea. Este foarte raspandita clasificarea riscului suicidar facuta de Schwartz si Rogers (2004) dupa care avem:

a. risc mic de suicid sau letalitate scazuta unde exista ideatie suicidara prezenta dar subiectul neaga intentia de a se sinucide si nici nu are un plan de suicid conturat; istoria de suicid lipseste;
b. risc mediu de suicid sau letalitate moderata este atunci cand sunt prezenti cel putin doi factori majori de suicid si subiectul prezinta ideatie suicidara, intentioneaza sa se sinucida,

dar nu are un plan concret si este motivat sa-si imbunatateasca starea psihologica cu un ajutor adecvat;

c. risc inalt de suicid sau letalitate mare atunci cand mai multi factori de risc sunt prezenti, subiectul verbalizeaza ideatie si intentie suicidara, are un plan coerent si raporteaza acces la resurse pentru a-si duce la indeplinire planul sau;

d. risc foarte inalt de suicid, letatilate foarte mare este atunci cand subiectul prezinta ideatie si intentie de suicid, are un plan realistic si minutios pus la punct cu acces imediat la mijloacele de suicid, demonstreaza rigiditate cognitive si lipsa de speranta, rejeteaza orice incercare de ajutor, nu prezinta suport social disponibil si are istorie de incercari de suicid.

In Anexa Nr. 2 se prezinta clasificarea riscului suicidar si nivelul interventiei cerute pentru fiecare clasa de risc (Meichenbaum, 2007).

6. Evaluarea factorilor protectivi ai suicidului este un alt aspect al evaluarii globale a riscului suicidar. Factorii protectivi sunt acei factori care reduc probabilitatea ca o amenintare suicidara sa se petreaca. Identificarea lor se face prin evaluarea rezilientei subiectului si a capacitatii subiectului de a face fata gandurilor si impulsurilor suicidare care pot aparea intr-un moment de criza existentiala. Acesti factori sunt de natura sa calauzeasca subiectul in formularea unei sperante, a unei viziuni prospective pozitive. Factorii protectivi pot actiona temporar sau pe durata mai lunga si prezenta lor nu trebuie sa conduca la minimalizarea riscului de suicid al subiectului respectiv. In tabelul Nr. 7 sunt inventariati cativa din factorii protectivi fata de suicid.

Factori protectivi interni	Factori protective externi
Istorie de raspuns de succes la stress	Are copii acasa
Abilitati positive de coping	Prohibitie religioasa
Spiritualitate/religiozitate	Legatura terapeutica suportiva cu un program de sanatate
Capacitate de a testa realitatea	Responsabilitate fata de familie si comunitate
Toleranta la fruxtrare	Retea sociala bogata
Optimism	Program recreational bogat
Prezenta sesntimentului de identitate si apartenenta	Acces redus la mijloace letale de suicid
Nivel Adecvat de stima de sine	
Consum redus de alcool si substante	

Tabelul Nr. 7: Factorii protectivi fata de suicid

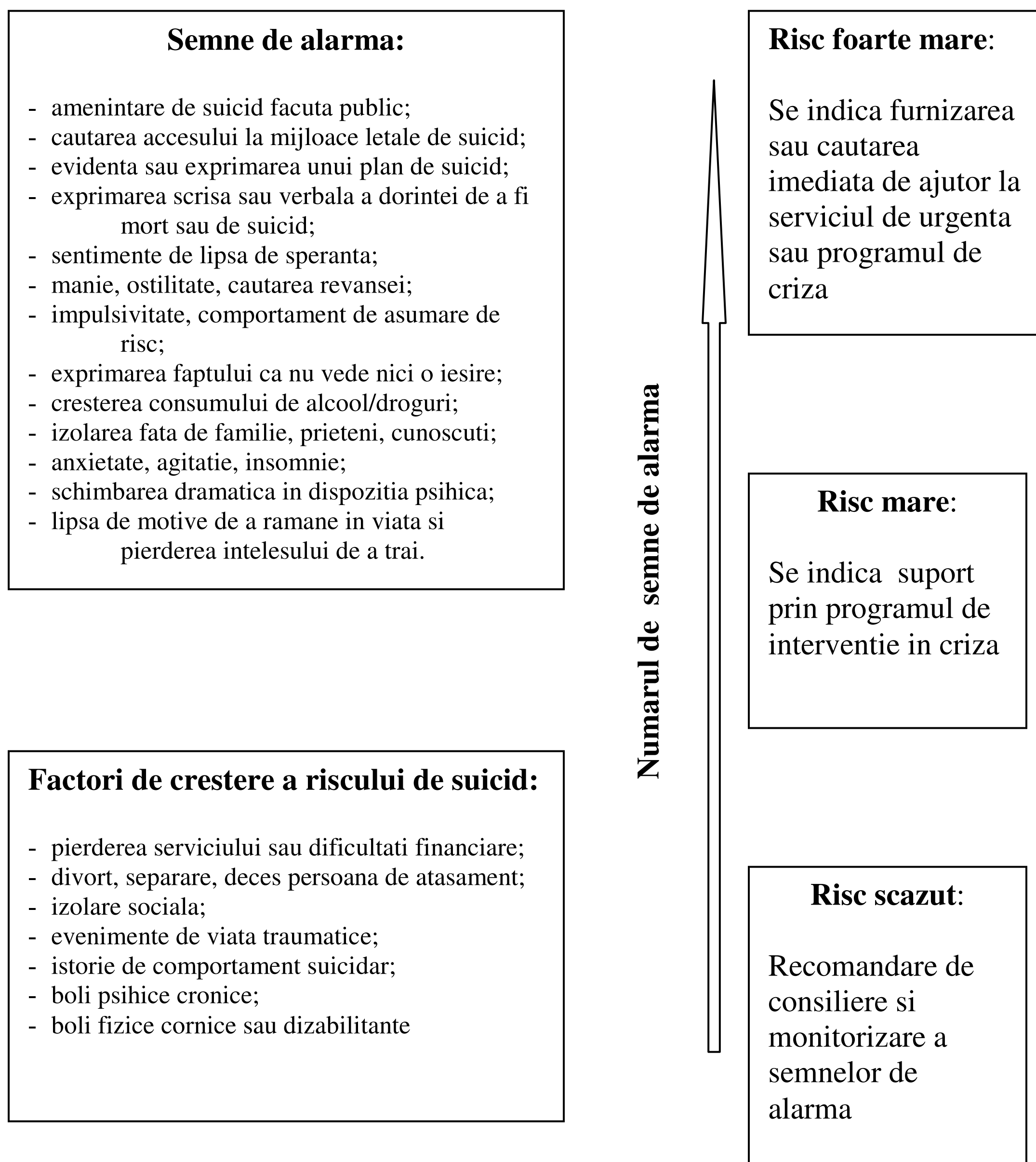


Fig Nr. 1: Acumularea semnelor de alarma si a factorilor de risc de suicid si gradele de risc de suicid (Rudd si colab. 2006)

In final lucratorul in criza trebuie sa formulaze o judecata clinica referitor la riscul de suicid al subiectului aflat in grija lui. Aceasts judecata clinica trebuie sa se bazeze pe evaluarea ideatiei suicidare, a seriozitatii intentiei si a existentie planului pe de o parte si pe prezenta factorilot favorizanti si protectivi ai suicidului. Dupa Shea (2009) intentia adevarata de suicid este rezultatul unei ecuatii cu trei factori: intentia declarata a subiectului, intentia reflectata si intentia de a se abtine. Intentia reflectata de suicid este data de cantitatea si calitatea gandurilor suicidare a pacientului, dorinte si planuri si actiunile intreprinse pentru a duce la bun sfarsit planul lui, lucruri care reflecta cu adevarat dorinta lui de a se sinucide. Timpul consumat pentru planificare poate fi considerat un indicator fidel al seriozitatii cu care subiectul reflecteaza asupra suicidului. Lucratorul in criza trebuie sa fie constient ca intentia declarata de suicid nu este totdeauna un indicator fidel. Shea spunea ca subiectii cu intentie declarata vehement pot fi si cei care se vor abtine cel mai mult. Adevarata intentie de suicid este o combinatie intre magnitudinea ideilor de suicid, amploarea planului si actiunile intreprinse conform planificarii si care reflecta aceasta intentie de suicid. Aceasta combinatie este un indicator mai confident decat ceea ce declara subiectul.

O alta problema care o ridica Shea (2009) este cea a credibilitatii subiectului si pentru rezolvarea ei el propune o analiza a discrepantelor care pot exista intre ceea ce subiectul declara acum si care a fost ideatia sa suicidara in trecut si care este documentata prin informatii directe sau colaterale. Pentru asta el propune un instrument de evaluare cronologica a evenimentelor suicidare care evalueaza ideatia suicidara in patru cadre de timp: ideatia/comportamentul suicidar prezent; ideatia/comportamentul suicidar recent; ideatia/comportamentul suicidar trecut; ideatia suicidara imediata (Shea 1998).

Toata activitatea lucratorului in criza de evaluare a suicidalitatii trebuie bine documentata si inregistrata, ea constituind o piesa importanta din dosarul subiectului. Ea are atat valoare profesionala cat si juridica. In Anexa Nr. 3 se prezinta pe larg o fisa de documentare a evaluarii riscului suicidar, fisa complexa care se completeaza dupa prima sedinta de evaluare si interventie cu clinicianul.

7. Interviul cu un individ suicidar

a. Managementul contratransferului

Indivizii cu ganduri suicidare ca si cei cu acte suicidare prezinta reactii contra-transferentiale puternice care pot deteriora relatia terapeutica cu lucratorul in criza si pune sub semnul intrebarii succesul comunicarii si a interventiei. Aceste reactii contratransferentiale pot include mania, ostilitatea, negarea sau cresterea nivelului de impulsivitate. Ca si grup, indivizii suicidari sunt cei mai greu de tratat indivizi intalniti in programele de criza sau la serviciile de urgenta. Ei prezinta raspunsuri contratransferentiale care obstructioneaza comunicarea si tentativele de a pune in miscare un raspuns terapeutic. Din aceasta cauza sa recomanda urmatoarea conduita a lucratorului de criza:

a. focalizarea pe acum si aici si neglijarea aspectelor istorice pe care subiectul suicidar are tendinta sa le aduca in fata; identificarea problemei si a factorilor precipitanti ai crizei actuale si concentrarea pe un program concret de rezolvare structurata a problemei ca o alternative la suicid;
b. dobandirea unui acord in ceea ce priveste planul de siguranta pentru a tine subiectul departe de orice tentativa de suicid;
c. stabileste limite clare in ceea ce priveste responsabilitatea fiecarei parti; in ultima instanta subiectul este responsabil de a ramane sau nu in viata;
d. din aceasta cauza lucratorul in criza trebuie sa ramana calm si sa nu-si ia angajamente care sa-l conduca la incercari emotionale si disperate de a furniza ajutor;
e. flexibilitate in receptarea criticii si impulsivitatii subiectului si evitarea raspunsului la acestea;
f. colaborarea cu alte parti implicate in raspunsul la suicidalitate, evitarea de a se lasa influentat de perceptia subiectului asupra altora.

b. Cum gandeste si ce spune individual suicidar

Felul cum gandeste un subiect suicidar este in marea majoritate a cazurilor rezultatul anumitor distorsiuni cognitive subjacente. Aceste distorsiuni apar la lumina in narativele subiectului suicidar precum: “*Nu pot sa mai suport durerea decat punandu-mi capat vietii*”, “S*uicidul este singura optiune care mi-a mai ramas*”, “*Familia mea o s-a duca mai bine fara mine*”, “*Stiu ca fiecare o sa fie mai bine fara mine”, “Sunt nefolositor si nedorit”, “Nimanui nu-i pasa daca sunt viu sau mort”, “Nu sunt bun de nimic asa ca daca mor e mai bine”, “Vreau sa*

scap de toate", "Nu mai am nici o sansa, nu ma asteapta nimic", "Ma urasc si numai asa pot sa scap", "Mai bine mort decat asa", "Asa mi-a fost dat", etc. Dintre aceste distorsiuni cognitive Michelbaum (2007) aminteste pe urmatoarele: gandirea dihotomica, in alb si negru, intre da si nu; rigiditatea cognitiva cu neacceptarea alternativelor; perfectionismul emotional (sau "constipatia emotionala") precum ca subiectul este indrituit sa-i mearga numai bine au sa fie numai fericit; suprageneralizarea prin folosirea unui singur eveniment ca justificare pentru o concluzie generala; pesimism; afectare a strategiei de rezolvare a problemelor; ruminatie si grija excesiva; dificultati in generarea motivelor si intelesurilor de a ramane in viata; nihilism si cinism. Aceste cognitii pot reprezenta mai mult tinta unei terapii de scurta durata pentru ca ele sunt prea complexe pentru a fi abordabile intr-o singura sedinta, precum interventia rapida in suicid, interventie care este mai mult focalizata pe emotiile subiectului si furnizarea de ajutor in depasirea lor si in formularea unei solutii si a unui plan pentru situatia de moment.

c. Intelesul si motivatia individului pentru suicid

Dinamica si semnificatia gandurilor si dorintelor de suicide este foarte greu de adus la lumina. Este important de a decela ce inteles are suicidul pentru subiect, ce vrea el sa comunice prin acest gest lui insusi si celorlalti. Astfel se poate ca un sinucigas sa doreasca sa raneasca pe cineva prin suicidul sau sau sa se pedepseasca pe sine. El poate dori sa se reuneasca cu cineva care déjà e mort sau sa se identifice cu acea persoana sau poate dori sa se "purifice" prin acest gest, sa-si ceara iertare, sa scape de un destin inplacabil sau de un lucru insuportabil, real sau imaginar. Astfel, intelesul suicidului pentru subiect poate fi pozitiv si poate fi legat de identitatea pe care vrea sa o salveze. Decelarea ratiunilor de a muri ca si a conditiile in care subiectul ar renunta la suicid sunt tot atat de important de decopertat ca si a motivelor lui de a ramane in viata. Toate aceste intelesuri ale suicidului sunt tot atatea provocari pentru subiectivitatea clinicianului si de aceia se recomanda ca oamenii care lucreaza cu pacienti suicidari sa aiba regulat sansa sedintelor de supervizare profesionala care sa mitigheze impactul negativ care l-ar putea avea asupra lor, impact asupra profesionalismului lor, precum dezvoltarea unui cinism profesional, a unei raceli umane sau din contra, a unei sensibilitati exagerate in a comunica cu un subiect suicidar.

8. Interviul cu un individ suicidar:

Interviul cu un subiect suicidar este o problema foarte sensibila. Nu este usor sa comunici cu un individ care gandeste ca viata sa nu mai are nici un rost, cu un individ care doreste sa moara. Uneori lucratorul in criza are sentimentul de jena, de inadecvanta si sentimentul ca evaluarea

aceastei probleme este ca si cum ai comite o imixtiune intr-o zona foarte personala. Cand clinicianul are astfel de retineri el trebuie sa fie constient ca a ajuta o astfel de persoana incepe prin a sti ce gandeste si ce intentioneaza sa faca. Iata mai jos cateva reguli simple despre cum se intervieveaza un suicidar:

Cum sa intreb? Se recomanda ca subiectul suicidului sa se abordeze gradual:

- *Va simtiti trist?*
- *Ganditi ca nimanui nu-i pasa de Dvs?*
- *Credeti ca viata nu merita traita?*
- *Aveti ganduri precum ca ar trebui sa va curmati viata?*

Cand sa intreb?

- Cand subiectul are sentimentul ca este inteleas si auzit;
- Cand subiectul se simte confortabil sa vorbeasca de sentimentele si gandurile sale;
- Cand o persoana vorbeste despre sentimente negative precum lipsa de speranta, deziluzie, nefericire, neajutorare, singuratate;

Ce sa intreb?

Daca subiectul are in plan sa comita un suicid:
- *Aveti vre-un plan sa puneti punct vietii Dvs?*
- *Aveti vreo ideie de cum sa faceti aceasta?*

Daca subiectul are mijloace/metode ca sa se sinucida:
- *Cautati sa procurati medicamente, arme, insecticide sau alte astfel de mijloace?*
- *Aceste mijloace va stau la dispozitie, le aveti déjà?*

Daca subiectul are fixata déjà o data pentru suicidul sau:
- *V-ati decis cand sa vreti sa o faceti?*
- *Cand ati planificat acest lucru?*

Evaluarea subiectului suicidar se poate face cu ajutorul unui interviu nestructurat cu intrebari deschise care sa permita subiectului sa descrie liber trairile si dorintele sale sau se poate aplica insturmente structurate, preformate, care culeg ideatia suicidara in mod standardizat.

Mai jos prezentam interviul pentru evaluarea ideatiei suicidare si a motivelor pentru a ramane in viata sau a muri dezvoltat de Rudd (1998). Aceste intrebari nu trebuie neaparat puse sub aceasta forma, ele pot si refrazate dar intelesul lor trebuie sa ramana acelasi.

a. Frecventa, intensitatea si durata ideatiei suicidare

Ati avut vreodata ganduri sa va puneti capat zilelor, respective ganduri de suicid?
Cat de des v-ati gandit la suicid? Zilnic, saptamanal sau lunar?
S-a intamplat sa va doriti sa fi fost mort?

Cat de mult dureaza astfel de ganduri, secunde, minute? Cat de coplesitoare sunt aceste ganduri? Puteti sa evaluati pe o scara de la 1 la 10 severitatea lor?
V-ati gandit vreodata sa va taiati cu cutitul sau cu alt obiect ascutit?
Ati intentionat sa va raniti?
Ati incercat vreodata sa va sinucideti?

b. Planul de suicid:
Acum aveti vre-un plan de suicid?
Specificati planul…
Cum, unde si cand?
Ati stabilit vreun timp sau data cand ati vrea sa va sinucideti?

c. Disponibilitatea mijloacelor de suicid:
Aveti la indemana vreo metoda de suicid?
Aveti acces la aceasta metoda sau la mijloacele acestei metode?

d. Controlul gandurilor de suicid:
Exista momente cand puteti controla aceste ganduri de suicid?
In acest moment simtiti ca le puteti controla?
Puteti sa evaluati acest control pe o scala de la 1 la 10?

e. Factori de risc:
Consumati mai mult decat inainte alcool sau droguri?

f. Motive pentru a trai sau muri
Ati actionat vreodata conform acestor ganduri?
Ce va tine acum in viata?
Ati avut vreodata ganduri ca viata nu merita traita?
Ce va face sa continuati?
Ce v-a facut sa continuati cand ati avut acele ganduri ca viata nu merita traita?

g. Intentia de suicid:
Aveti vreo intentie de a actiona conform gandurilor de suicid?
Puteti evalua aceasta intentie pe o scala de la 1 la 10?

Alte intrebari recomandate de Meichenbaum (2005), Rudd si Joiner (1998) si Joiner si colab.(1999) pentru a fi incorporate in interviul cu un individ potential suicidar:

- *In momentul de fata va ganditi sa puneti capat vietii Dvs?*
- *De cand aveti astfel de ganduri? Cand le-ati avut prima oara?*
- *V-ati gandit la suicid in ultimele 24 (48) ore?*
- *In ultima saptamana v-ati gandit ca viata nu merita traita si ca mai bine ati fi fost mort?*
- *Aceste simptome sau sentimente de care noi tocmai am vorbit sunt cele care v-au facut sa ganditi ca mai bine ati fi fost mort?*
- *Este dificil sa vorbiti de ce s-a intamplat? Ati putea sa-mi spuneti cum ati ajuns in situatia sa ganditi la suicid?*
- *Vreti sa-mi spuneti in cuvintele Dvs ce v-a facut sa ganditi asa sau sa incercati sa va sinucideti?*
- *Inca aveti aceste ganduri?*
- *Cat de des aveti aceste ganduri de suicid, zilnic, saptamanal, lunar?*

- *De obicei cat de mult timp dureaza gandurile de suicid, cateva secunde, minute, ore sau mai mult?*
- *Cat de severe, intense si coplesitoare sunt aceste ganduri?*
- *Puteti sa evaluati intensitatea si severitatea gandurilor Dvs de suicid pe o scala de la 1 la 10? In acest moment care este scorul pentru gandurile Dvs?*
- *Cand oamenii se gandesc la suicid nu este neobisnuit ca ei sa se gandeasca si la modul cum ar face-o sau la momentul cand ar face-o. Aveti astfel de ganduri? Spuneti-mi mai mult despre aceste ganduri.*
- *Va ganditi si la alte metode sau moduri de a va curma viata?*
- *Aveti acces la aceste posibile metode, aveti o arma sau destule medicamente ca sa va sinucideti?*
- *Ati actiona conform acestor ganduri in vre-un fel?*
- *Ati facut ceve progrese in planul Dvs de suicid? De ex. sa procurati o arma, otravuri, medicamente…Ati scris vreo scrisoare de adio? V-ati facut un testament?*
- *Aveti intentia sa actionati conform gandurilor Dvs suicidare? Puteti sa evaluate intentia Dvs de suicide pe o scala de la 1 la 10, 1 nici o intentie si 10 intentie foarte mare.*
- *Dorinta Dvs de suicid este asa de mare incat veti actiona conform ei?*
- *Aveti un plan? Cat de departe sunteti in realizarea acestui plan?*
- *V-ati gandit la un moment anume cand vreti sa puneti capat vietii?*
- *Ati incercat vreodata sa faceti asa ceva si v-ati oprit din drum?*
- *Ce v-a condus la aceste ganduri de suicid? De ex. probleme interpersonale, moartea cuiva drag, separare sau divort, pierderi financiare, loc de munca, probleme cu copii, boli fizice, etc.*
- *V-ati angajat in actiuni sau comportamente riscante ca sa va provocati un accident?*
- *Ati avut vre-un diagnostic psihiatric in ultimele luni?*
- *Aveti vre-o boala fizica, corporala? Are aceasta vreo influenta asupra gandurilor Dvs de suicid?*
- *Exista si alte ratiuni care va fac sa va ganditi la sinucidere?*
- *Ce reprezinta viitorul pentru Dvs? Ce lucruri v-ar face sa priviti viitorul mai optimist? De ex. tratament, reconcilierea relatiilor dificile, reducerea stressului, etc.*
- *Exista lucruri care v-ar face sa abandonati astfel de ganduri?*
- *Care ar fi ratiunile pentru care ati vrea sa traiti in continuare?*
- *Este ceva dupa care v-ar parea rau daca ati muri?*
- *Va simtiti responsabil pentru cineva sau ceva?*
- *Exista oameni care ar vrea sa moara odata cu Dvs?*
- *Exista oameni pe care Dvs ati vrea sa moara odata cu Dvs?*
- *Exista oameni care v-ar dori mort? Cine sunt acestia si cum ati ajuns la aceasta concluzie?*

9. Instrumentele standardizate de evaluare a suicidului

Evaluarea suicidului a fost in mare parte lasata la indemana artei si profesionalismului clinicianului. Considerente etice au facut ca suicidul sa nu fie tratat ca si alte entitati clinice si

astfel a existat o intarziere in efectuarea de studii clinice controlate cu subiecti suicidari, lucru care s-a reflectat in greutatea construiri de instrumente standardizate de evaluare a suicidului (Brown, 2003). Cu toate acestea exista un numar de scale si chestionare standardizate de evaluare a suicidului, fiecare cu valoarea si raspandirea ei. Astfel exista scale care evalueaza riscul de suicid, scale pentru evaluarea letalitatii incercarii de suicid, pentru sereening, pentru evaluarea motivatiei de a ramane in viata si scale care masoara atitudinea fata de sucid. In lucrarea de fata vom prezenta pe scurt doar cateva scale pentru masurarea riscului de suicid si vom recomanda doar doua care sa fie introduce in practica zilnica. Avantajul aplicarii scalelor consta in rapiditatea administrarii lor si in documentarea atitudinii clinice si a serviciului oferit persoanei aflate in grija serviciului de criza. Cu toate ca scalele prezentate evalueaza riscul suicidar cu confidenta ele insa nu inlocuiesc judecata clinica a riscului pe care trebuie sa o faca clinicianul in fiecare caz in parte.

a. Scala de masurare a ideatiei suicidare a lui Beck (The Scale for Suicide Ideation - SSI; Beck et al., 1979) este o scala cu 19 intrebari care se administreaza de intervievator si evalueaza intensitatea atitudini, comportamentului si planului de a comite un suicid in ziua aplicarii scalei. Fiecare intrebare este cotata pe o scala de severitate de la 0 la 3 si scorul total se poate intinde de la 0 la 38. Sunt si doua intrebari aditionale care se evalueaza incidenta si frecventa tentativelor anterioare de suicide. Cele 19 intrebari privesc urmatoarele aspecte: dorinta de a trai, dorinta de a muri, motivul de a muti/trai, dorinta activa de suicid, dorinta pasiva de suicid, durata ideatiei suicidare, frecventa ideatiei suicidare, atitudinea fata de ideatia suicidara, controlul asupra gandurilor suicidare, capacitatea de a amana planul suicidar, ratiunea de a face un suicid, metoda de suicid luata in calcul, disponibilitatea metodei, sentimentul de culpabilitate, asteptarile legate de suicid, starea preparativelor de suicid, scrisoarea de suicid, ultimele aranjamente inainte de suicid, acoperirea si ascundarea dorintei de suicid. Daca la primele cinci intrebari care sunt intrebari de screening (evalueaza dorinta de a trai sau a muri si dorinta de a face un suicid) subiectul raspunde pozitiv atunci se aplica si restul de intrebari si se face scorul total.

Durata aplicarii scalei nu este mai mare de 10 minute si nu cere o abilitate speciala. Scala prezinta note inalte de validitate, confidenta (intre 0,83 si 0,91) si senzitivitatea la schimbare (capacitatea ei de a decela schimbarile in comportamentul subiectului in timpul unei interventii sau terapii). Pentru aceste motive scala are o foarte mare raspandire in serviciile de criza sau de urgenta. Scala este aparata de drepturile de autor si nu poate fi prezentata in cartea de fata.

b. Scala lipsei de speranta a lui Beck (The Beck Hopelessness Scale - BHS; Beck si Steer, 1988) este o scala de autoraportare care consta in 20 de afirmatii pe care subiectul trebuie sa le evalueze ca adevarate sau false in functie de intensitatea sentimentului de pesimism si lipsa de speranta pe care-l traieste. Scorul total se intinde de la 0 la 20 si completarea scalei nu dureaza mai mult de 5 minute. Factorii principali ai scalei sunt: sentimentele asupra viitorului, lipsa motivatiei si expectatiile fata de viitor. Scorul prag publicat de Beck este de 9 dincolo de care se condsidera ca lipsa de speranta este semnificativa. Studii controlate au evidentiat o validitate moderata si o confidenta ridicata. Scala este frecvent folosita pentru a identifica rapid subiectii aflati la risc dar nu are valoare in cazul situatiilor de criza sau de urgenta.

c. Scala Columbia de evaluare a severitatii riscului suicidar (The Columbia-Suicide Severity Rating Scale – C-SSRS; Posner et al.2008) este un instrument complex, multidimensional, destinat sa evalueze: i) severitatea ideatiei suicidare pe o subscala Likert in cinci ancore, ii) intensitatea ideatiei suicidare cu cinci trepte de severitate, iii) comportamentul suicidar si iv) letalitatea gandurilor si planului de suicid pe o scala cu trei trepte. Autorii au dezvoltat aceasta scala de evaluare pornind de la constatarea ca exista o folosire inconsistenta a termenilor din acest domeniu ceea ce conduce la o lipsa de acuratete in identificarea ideatiei si pentru ca comportamentului suicidar iar ideatia suicidara este conceputa ca un construct unidimensional care se intinde pe un continuu de la ideatia pasiva la intentia activa. Astfel scala C-SSRS furnizeaza 1) definitii pentru ideatia, comportamentul suicidar si comportamentul auto-destructiv nesuicidar, 2) cuantifica intregul spectru al ideatiei si comportamentului suicidar, 3) distinge comportamentul suicidar de comportamentul auto-vatamator nesuicidar si 4) foloseste un format atragator care permite integrarea informatiilor din mai multe surse. Intr-un studiu pe un esantion de adolescenti si de adulti scala C-SSRS a evidentiat performante psihometrice foarte bune atat la validitate cat si la confidenta si sensibilitate la schimbare, ceea ce o recomanda in utilizarea clinica (Posner, 2011). Exista mai multe versiuni ale scalei C-SSRS precum versiuni pentru adulti si pentru adolescenti, versiuni de baza si versiuni pentru screening, versiuni de follow-up. In Anexa Nr. 4 se prezinta versiunea de baza pentru evaluare a riscului suicidar. Autorul recomanda scala C-SSRS pentru a fi adoptata ca un standard de calitate pentru orice program de interventie in criza.

d. **Scala modificata de evaluare a ideatiei suicidare (**The Modified Scale for Suicide Ideation - MSSI; Miller, Norman, Bishop si Dow, 1986) este o versiune revizuita a Scalei de ideatie suicidara a lui Beck (SSI; Beck si colabl., 1979). Scala contine 13 itemi de la scala lui Beck

si 5 itemi noi, in total 18 itemi. Fiecare item se coteaza pe o scala Likert cu patru puncte, de la 0 la 3 cu un scor total posibil de 54. Scala evalueaza intensitatea ideatiei suicidare, intensitatea, durata si frecventa ideatiei suicidare, curajul si abilitatea de a se sinucide, motivele de a trai sau a muri, planificarea suicidului, disponibilitatea mijloacelor de suicid si felul cum a facut public dorinta de suicide. Scala a fost construita astfel ca sa poate fi administrata de oricare persoana, chiar fara experienta clinica iar durata medie de administrare este de 10 minute. Calitatile psihometrice ale scale sunt bune. Valoarea acestei scale consta in abilitatea ei de a distinge dintre persoanele doar cu ideatie suicidara si cele cu tendinta de a intreprinde un suicid.

e. Scala ratiunii pentru a trai (The Reason for Living Inventory – RFL; Linehan si colab. 1983) este un chestionar de auto-raportare cu 48 intrebari, fiecare din ele evaluate pe o scala cu 6 puncte. Scala evalueaza 6 domenii: credintele si copingul de a supravietui, responsabilitatea fata de familie, preocuparea fata de copii, frica de suicid, frica de dezaprobare sociala si considerentele morale. Pe scheletul acestei scale s-a contruit si o forma scurta cu doar 32 de intrebari special pentru adolescenti (BRFL-A; Osman si colab. 1996). Scala Linehan dureaza 10 minute pentru a fi completata. Ea prezinta valoare indirecta pentru evaluarea riscului suicidar pentru ca pune in evidenta factorii care se pot constitui un tampon intre ideatia suicidara si intentia si planul de suicid.

f. Chestionarul evaluarii comportamentului suicidar (The Suicide Behaviors Questionnaire – SBQ; Linehan, 1981) si forma revizuita (SBQ-14 R; Linehan 1996) sunt scale foarte valide si confidente dezvoltate de Marsha Linehan, cea care a dezvoltat terapia dialectic-comportamentala pentru tulburarea marginala de personalitate si de unde a derivat o serie de alte terapii dialectic-comportamentale pentru alte entitati clinice printe care si cea pentru suicid. Scala SBQ este o scala de auto-raportare cu 4 itemi si masoara frecventa ideatiei suicidare, comunicarea cu altii si atitudinile si expectatiile referitor la suicid. Fiecare item se coteaza diferit si scorul scalei se poate intinde de la 5 la 19. Scala SBQ-R are 14 itemi care se coteaza dupa prezenta sau absenta comportamentului suicidar curent, trecut si asteptarile lui. Scala masoara cinci domenii comportamentale: ideatia suicidare trecuta, ideatia suicidara viitoare, amenintarile trecute de suicid, viitoarele incercari suicidare si probabilitatea de a muri in incercarile viitoare. Fiecare din acesti itemi este cotat in finctie de perioada de timp: astazi sau in ultimele cateva zile, in ultima luna, in ultimele 4 luni si ultimul an si de-a lungul vietii. Scorul se face facand suma scorurilor dintr-o anume perioada de timp. Noua itemi aditionali evolueaza severitatea comportamentului

suicidar pe timpul vietii, planul curent de suicid, disponibilitatea metodei si factorii care ar putea amana sau opri suicidul. Ambele scale au o buna validitate si confidenta si se folosesc ca evaluari pre-tratament sau in cazurile cand subiectul are probleme sa verbalizeze comportamentul sau suicidar, caz in care o scala de auto-evaluare este un instrument potrivit.

g. Scala intentiei de suicid (The Suicide Intent Scale – SIS; Beck, Schuyler si Herman, 1974) consta din 15 itemi care evalueaza comportamentul verebal si non-verebal inainte de si in timpul celei mai recente tentative de suicide. Fiecarae item este cotat de la 0 la 2 si scorul maxim poate fi de 30. Scala este de fapt un interviu administrat de clinician si vrea sa masoare seriozitatea intentiei de a comite un suicid la subiectii care au facut o tentativa de sinucid.

h. Checklist-ul de evaluare a suicidului a lui Rogers (The Suicide Assessment Checklist – SAC; Rogers si colab. 1994 si 2002) este un instrument destinat special serviciilor de criza. Consideratiile care au stat la baza dezvoltarii acestui instrument au fost: i) sa se adreseze unei populatii cat mai diverse; ii) sa nu ceara o experienta clinica deosebita; iii) sa raspunda nevoii de a avea un instrument comprehensive si scurt; iv) sa aiba calitati psihometrice adecvate. Acest instrument a fost testat pe 1969 clienti ai centrului de criza din serviciul de urgenta Akron, Ohio, SUA. Instrumentul furnizeaza un mod standardizat de evaluare a riscului suicidar, este legate logic de interviul din criza si permite o clara documentare a activitatii intreprinse de lucratorul in criza. Cecklist-ul este format din doua parti: partea I-a este o lista care evalueaza intentia de suicid, pregatirile pentru suicid, metoda aleasa, existenta planului si modul de cotare in functie de contributia lor la riscul global de suicid, iar in partea II-a sunt trecuti factorii de risc pentru suicid si cotarea lor in functie de severitate. Astfel vom avea doua scoruri, unul pentru riscul de suicid si altul pentru factorii de risc. In anexa Nr. 5 se prezinta acest instrument. Conform autorilor scorul total (suma scorurilor de la parte I-a si a II-a) de peste 28 este o indicatie pentru un risc de suicide; indivizii cu tentative de suicid din lotul studiat de ei au dat scoruri cuprinse intre 28-69. Autorii nu au indicat un scor prag pentru partea I-a si partea II-a a checklist-ului.

VII. Interventia in criza individului suicidar.

Interventia in criza a subiectului suicidar are doua scopuri principale: tinerea in viata a subiectului prin prevenirea decesului sau injuriei si scaderea vulnerabilitatii psihologice de fundal datorita a factorilor de risc si a tulburarilor mentale asociate. Aceste interventii sunt bazate pe faptul bine dovedit ca criza suicidara este in fapt o stare reversibila, temporara si ambivalenta si nu are un deznodamant fatal decat in cazul unui management defectos (Stillion si McDowell, 1996).

Pe de alta parte trtebuie spus ca nivelul de interventie si ingrijire a unui subiect suicidar variaza in functie de seriozitatea riscului suicidar si de alti factori favorizanti. In tabelul Nr. 8 se prezinta criteriile de stabilire a nivelul de atentie si raspuns fata de subiectul suicidar.

Nivel intensiv de atentie si rapuns:
- un caz nou cu prezentare acuta
- lipsa de indicatii ca aceasta prezentare face parte dintr-un model ciclic de prezentare
- prezenta de factori de risc multipli
- prezenta unui plan de suicid
- evidenta de abuz de alcool/droguri
- prezenta simptomelor de psihoza
- absenta relativa de date istorice
- acces limitat la date medicale
- subiect cu capacitate redusa de a intelege natura problemei si lipsa de colaborare cu clinicianul
- colaborare redusa in evaluarea problemelor si in formularea unui plan de siguranta
Nivel redus de atentie si raspuns:
- subiectul prezinta un model cronic, repetitiv de prezentare cu ideatie suicidara, mai ales daca el este constient de modelul lui cronic
- confirmarea din surse independente a acestui model repetitiv de prezentare
- confirmare de istorie de ideatie suicidara dar fara vre-un plan sau intentie
- preexistenta unei relatii terapeutice cu subiectul in cauza
- subiectul demonstreaza abilitate de a intelege riscurile si beneficiile diferitelor abordari
- subiectul participa la formularea planului de siguranta
- subiectul intelege ce trebuie sa faca daca ideatia suicidare devine severa
- prezenta unui suport familial/social responsabil

Tabelul Nr. 8: Stabilirea nivelului de atentie si raspuns fata de subiectul suicidar (dupa Risk Management Foundation of the Harvard Medical Institutions (1996):

Intr-o alta acceptiune suicidul este o dorinta de a scapa de o problema careia subiectul nu-i vede alta solutie. In tabelul Nr. 9 se prezinta 10 caracteristici ale suicidului si interventia corespunzatoare conform terapiei bazate pe solutie (Shneidman, 1993).

Scopul obisnuit ale suicidului este de a gasi o solutie. Intelege viziunea clientul asupra suicidului ca o solutie personala. Gaseste ce altceva poate reprezenta o solutie pentru subiect.
Scopul obisnuit al suicidului este de a inceta sa mai existe/vrea sa nu mai gandeasca. Ajuta clientul sa inteleaga consecintele suicidului. Ajuta clientul sa ia in consideratie alternative la comportamentul sau suicidar cu care sa dobandeasca aceleasi rezultate.
Stresul obisnuit in suicide este frustrarea din neimplinirea nevoilor psihologice. Intelege ce inseaman pentru client neimplinirea nevoilor lui. Schimba focusul subiectului de la problema la scop pentru a-l ajuta sa gaseasca si alte solutii.
Stimulul obisnuit in suicid este durerea sufleteaza intolerabila. Acepta realitatea durerii subiectului. Ajuta clientul sa identifice orice altceva care poate usura durerea. Ajuta clientul sa constientizeze ca mici schimbari poate duce la ameliorari considerabile.
Sentimentele obisnuite in suicide sunt lipsa de speranta si neajutorarea. Cauta exceptii la sentimentele de lipsa de speranta si neajutoare. Exploreaza gradul in care subiectul poate crede in evitarea suicidului. Foloseste un limbaj care sa afirme actiune, eficacitate si scop (de ex. gandurile de suicid nu tin o vesnicie, subiectul are abilitatea sa modifice aceste ganduri, etc.).
Stare cognitive obisnuita in suicid este ambivalenta. Recunoaste si ajuta subiectul in dorinta de a trai fara sa minimalizezi durere sufletesca si necazul, descopera motivele de a ramane in viata. Ajuta subiectul sa identifice aspectele positive ale existentei lui si subliniaza lucrurile care l-ar face sa evite suicidul.
Perceptia obisnuita in suicid este negativa Cauta oportunitati de a intrerupe focusarea pe negativ si interpretarea negativa, abate atentia de la negativ. Subliniaza realizarile subiectului, calitatile si resursele lui.
In mod obisnuit subiectul doreste sa comunice intentia lui de suicid Comunicarea intentiei nu este regula. Comunicarea nu este totdeauna explicita si uneori este facuta metaforic sau codificat. Intreaba subiectul despre intentia de suicide in contextual evaluarii sanatatii generale, a simptomelor de sanatate mentala. Evalueaza planul de suicid.
Actiunea obisnuite in suicide este scaparea. Recunoaste dorinta subiectului de a scapa de situatia dureroasa si cauta alternative si scopuri mult mai adaptabile si functionale decat suicidul. Defineste scopurile pentru interventia colaborativa cu subiectul.
Scopul obisnuit in interventia in suicid este de a descoperi abilitatile de coping ale subiectului. Cauta evidente ale prezentei abilitatilor de coping. Considera ca subiectul poate discuta si baza pe realizarile, succesele si capacitatile sale chiar si in mijlocul crizei, durerii si anxietatii.

Tabelul Nr. 9: caracteristicile suicidului si modalitatile de interventie conform terapiei bazate pe solutie (dupa Shneidman, 1992; Fiske, 1998)

Granello (2007) recomanda ca interventia in criza suicidara sa se faca dupa modelul in 7 pasi a lui Roberts (2000), model care a fost prezentat in partea generala a acestei carti. Acest model contine 25 de strategii specifice utilizabile intr-o secventa conform severitatii/letalitatii situatiei suicidare si dupa o cronologie care urmareste dezvoltarea relatiei subiect-clinician. Acest model de

interventie se declanseaza de la primele secunde ale intalnirii cu subiectul suicidar si asa cum am mai spus pe parcursul acestei carti, interventia cuprinde in mod logic si evaluarea subiectului. Din mai multe modele operationale de interventie in suicid recomand si prezint acest model ca fiind unul practic, pragmatic, logic, eficient si bine documentat. In Tabelul Nr. 10 se prezinta cei 7 pasi ai interventiei cu cele 25 strategii practice. Acest model este flexibil si se preteaza la modificari pe care lucratorul in criza le poate aduce conform specificului cultural in care este plasat sau experientei personale. Recomand ca acest model sa fie introdus ca standard de calitate in programul de criza.

PASUL 1: Evaluarea letalitatii imediate, este pasul prim si cel mai important al oricarui model de interventie. Prin letalitate se intelege planul si intentia de suicid printr-o metoda violenta, cu probabilitate mare de a ucide si ganduri active de suicid, respectiv dorinta imediata de a trece la actiune.

a. In cazul unui subiect cu care nu se poate stabili o relatie terapeutica. A identifica riscul imediat al unei persoane care a facut o amenintare de suicid este o problema foarte dificil de rezolvat si aceasta din cauza ca se confunda sau se face o confuzie intre doi termini care creiaza confuzie: criza si urgenta. Reamintesc ca prin criza se intelege acea stare tranzitorie cand sub actiunea unui agent precipitant mecanismele de coping si functionarea unui individ sunt perturbate intr-o masura variata; aceasta nu implica neaparat un nivel de urgenta dar o situatie de criza poate evolua spre o situatie de urgenta. Urgenta este o situatie cand starea mentala a unui individ se deterioreaza pana in punctual incare el devine periculos pentru el si/sau pentru altii, stare care necesita interventie imediata fara de care o cascada de comportamente profund disfunctionale si periculoase se poate declansa. Callahan (1994) sublinia confuzia frecventa si utilizarea eronata acestor termeni care poate conduce clinicianul la interpretare, luare de decizii si interventii nepotrivite. Aceasta se poate intampla si din cauza ca de multe ori subiectul suicidar este intalnit in servicii de urgenta, unde déjà exista o tentatie de a lua orice caz ca o urgenta. De aceea este bine ca clinicianul sa priveasca toate situatiile de suicid ca o urgenta pana cand sunt destule considerente de a le trece in categoria de crize suicidare.

Pasul 1: Evaluarea letalitatii:
1. Asigurarea imediata a sigurantei subiectului suicidar;
2. Folosirea planului de urgenta pentru impiedicarea suicidului;
Pasul 2: Stabilirea raportului cu subiectul:
3. Stai cu subiectul;
4. Managementul contratransferului;
5. Normalizarea subiectului conversatiei;
6. Ofera o atmosfera de calm;
7. Treci de la stilul autoritar la cel colaborativ;
8. Sprijina subiectul sa se ajute singur;
Pasul 3: Ascultarea naratiunii subiectului:
9. Asculta, intelege, valideaza;
10. Comunica calm si combate ambivalenta;
11. Creiaza o fereastra terapeutica;
12. Categorizeaza problemele;
13. Identifica mesajul;
Pasul 4: Managementul emotiilor:
14. Incurajeaza ventilarea emotiilor;
15. Valideaza durerea sufleteasca a subiectului;
16. Ajuta-l sa tolereze emotiile negative;
Pasul 5: Explorarea alternativelor:
17. Reduce rezistenta ideilor suicidare;
18. Stabileste un cadru pentru rezolvarea problemelor;
19. Angajeaza suportul social disponibil;
20. Restaureaza speranta subiectului;
21. Ajuta subiectul sa descopere posibilitati si sa dezvolte rezilienta;
Pasul 6: Folosirea strategiilor comportamentale:
22. Ajuta sa formuleze schita unui plan de actiune pe termen scurt;
23. Formuleaza un plan de siguranta decat un contract de siguranta;
Pasul 7: Urmarirea:
24. Foloseste conceptual de manager de caz pentru urmarirea clinica;
25. Evalueaza eficacitatea interventiilor si imbunatateste strategiile folosite;

Tabelul nr. 10: Modelul in 7 pasi de interventie in suicid cu cele 25 startegii practice de operat (Granello, 2007)

Subiectul suicidar poate fi vazut de lucratorul in criza in functie de locul unde se prezinta aceasta sau este adus de familie, prieteni, ambulanta, personal medical de ingrijire, politie, alte institutii comunitare, precum in serviciile de urgenta din spitalele generale, in serviciul de interventie in criza, in cabinete medicale de medicina general sau alte specialitati, in institutii diferite (frecvent in institutii rezidentiale precum camine de batrani, camine pentru oameni fara adapost, camine pentru adolescenti, institutii corectionale, inchisori), politie sau in alte locuri publice.

Strategia 1 - Asigurarea imediata a sigurantei subiectului suicidar: Se poate intampla ca situatia sa fie haotica si subiectul sa fie infricosat, agitat, amenintator, manios, instabil emotional, lipsit de orice control si sa constituie un pericol pentru el insusi si pentru altii si atunci datoria profesionala, etica si juridica a lucratorului in criza este de a asigura un "prima jutor interimar" care consta in incercarea de reducere si normalizare a dezordinii comportamentale si emotionale si luarea tuturor masurilor rezonabile care sa impiedice orice injurie.

Strategia 2 - Folosirea planului de urgenta pentru impiedicarea suicidului: Clinicianul trebuie sa aibe in prealabil un plan de raspuns pentru orice situatie de acest fel precum cooperarea cu un alt coleg, mutarea pacientului in serviciul de urgenta, chemarea politiei, solicitarea medicului de garda de a pune subiectul sub incidenta Legii de sanatate mentala care autorizeaza folosirea fortei si contentionarea subiectului. Insa primul nivel de raspuns, chiar in situatii din cele de mai sus, presupune stabilirea unei relatii terapeutice cu subiectul bazata pe comunicarea empatica si autentica, pe exprimarea intelegerii fata de situatia acestuia si pe validarea emotiilor conforme cu situatia. In tabelul Nr. 11 se prezinta recomandarile privind normalizarea dezordinii emotionale. De cele mai multe ori insasi declansarea procesului de evaluare are un rol de linistire a subiectului care incepe sa verbalizeze emotiile si sa normalizeze comportamentul. Daca nivelul de raspuns al pacientului nu este satisfacator si agitatia si dezordinea comportamentala continua sa creasca atunci este nevoie de a conduce pacientul in serviciul de garda pentru examen medical si raspuns in consecinta.

1. Clinicianul trebuie sa stabileasca un algoritm sau plan de raspuns pentru pacientul suicidar care prezinta o escaladare a dezordinii emotionale;
2. Primul nivel de raspuns al procesului de normalizare este incercarea de a forma o relatie terapeutica;
3. Clinicianul trebuie sa fie constient si informat despre sentimentele proprii pe care ar putea sa le aibe in aceste situatii;
4. Clinicianul trebuie sa tina cont de contextual cultural, etnic, rasial, socioeconomic al subiectului;
5. Clinicianul trebuie sa fie atent la siguranta proprie si a subiectului;
6. Subiectul cu tulburarii psihiatrice poate cere o abordare specifica;
7. Daca stabilirea relatiei terapeutice nu este posibila atunci este nevoie de o ambianta structurata precum prezenta si a altui clinician, a personalului de securitate, a politiei sau este nevoie de contentionarea subiectului.

Tabelul Nr. 11: Recomandari in cazul subiectului suicidar cu dezordine emotionala (Kleespies si colab. 1999)

Una din cele mai dificile situatii intalnite in practica este atunci cand lucratorul in criza intalneste in situatie de urgenta un subiect suicidar emotional instabil, cu explozii de manie amestecata cu anxietate, despre care nu are nici o informatie prealabila si cu care nu reuseste sa faca o relatie terapeutica. In asemenea situatie clinicianul trebuie totusi sa incerce sa faca o evaluare a letalitatii si riscului. Daca nu se reuseste, atunci trebuie avut in vedere formularea unui diagnostic psihiatric care sa ghideze evaluarea riscului. Studiile bazate pe autopsii psihologice facute la persoane care au decedat prin suicid au aratat ca 90-93% din suicidele reusite sunt facute de persoane care sufereau de tulburari psihiatrice si emotionale clinic documentate (Rich si colab. 1988), iar 30-40% aveau un diagnostic de tulburare de personalitate (Duberstein si Conwell, 1997). Pentru aceste cazuri, Kleespies si colab. (1999) face urmatoarele recomandari: i) utilizeaza un diagnostic psihiatric in cazul unui subiect profund disfunctional cu amenintare de suicid care sa ghideze riscul; ii) da o mare atentie urmatoarelor entitati clinice si factorilor asociati: depresie, schizofrenie, tulburare bipolara, consum de substante, tulburarea posttraumatica de stress, tulburarea marginala de personalitate; iii) prezenta unui astfel de diagnostic nu trebuie sa faca sa se ignore prezenta altor semen de risc.

Prezenta unei amenintari serioase de suicid, a dezordinii comportamentale si emotionale si a unui diagnostic psihiatric ridica problema internarii acelei persoane ca modalitate de a asigura siguranta ei imediata si de a mitiga riscul pentru urmatoarele zile.

Toate diagnosticele psihiatrice cu exceptia retardarii mentale conduc la cresterea riscului suicidar. In cazul depresiei riscul pentru toata viata este de 20 ori mai mare decat in populatia generala, iar pentru tulburarea bipolara riscul este doar un pic mai mic. Prezenta sentimentului de lipsa de speranta este cel mai inalt indicator de risc in cazul tulburarilor afective. Riscul de suicid in cazul schizofreniei este de 8,5 ori mai mare decat in populatia generala. Contrar parerii destul de raspandite, schizofrenul este mai probabil sa comita suicid in perioadele de ameliorare decat in perioadele de recadere. Dintre tulburarile de personalitate cea mai frecventa printre suicidari este tulburarea marginala de personalitate. In cazul alcoolismului, incidenta suicidului este de 6 ori mai are decat in populatia generala (Frierson, 2007).

Ghidul Asociatiei Psihiatrilor Americani de evaluare si tratare a pacientilor cu comportament suicidar recomanda cateva criterii dupa care sa se judece oportunitatea internerii acestora in spital (APA, Practice Guidelines, 2003). In tabelul Nr. 12 se prezinta aceste criterii.

b. In cazul unui subiect cu care se poate stabili o relatie terapeutica. Aceasta este cazul unui subiect colaborativ in diferite grade. Comportamentul si capacitatea lui de a comunica nu este afectata in mod semnificativ de perturbarile emotionale care insotesc ideatia sa suicidara.

Strategia 1 - Asigurarea imediata a sigurantei subiectului suicidar. Ca regula generala subiectul suicidar nu trebuie niciodata lasat singur, nu trebuie transportat in masina lucratorului in criza (poate sari din masina si lucratorul raspunde) si este necesar sa fie deposedat de orice obiecte sau mijloace care ar putea duce la ranirea sau injuria lui sau a altora.

Internarea este in general necesara cand:
1. Dupa o incercare de suicid sau dupa o incercare abortata de suicide daca: • Pacientul este psihotic; • Tentativa a fost violenta, aproape letala sau premeditate; • Au fost luate precautii pentru a evita ca suicidul sa fie descoperit sau sa fie salvat; • Plan persistent si/sau intentie prezenta; • Distres crescut sau pacientul regreta ca este inca in viata; • Pacientul este barbat, peste 45 ani, cu un nou diagnostic psihiatrica sau cu ganduri suicidare; • Pacientul are familie/suport social limitat incluzand lipsa domiciliului stabil; • Comportament impulsiv, agitatie severa, judecata alterata, refuza cu tarie ajutorul; • Pacientul prezinta modificari ale statutului mental datorita unor alterari metabolice, toxice, infectioase sau de alta etiologie care necesita examinari suplimentare; 2. In prezenta ideatiei suicidare cu: • Plan specific cu grad inalt de letalitate; • Intentie suicidara active si severa;
Internarea poate fi necesara:
Dupa o incercare de suicid sau dupa o incercare abortata de suicid exceptand circumstantele in care internarea este in general indicata 1. In prezenta ideatiei suicidare cu: • Psihoza; • Tulburare psihiatrica majora; • Incercari anterioare, in special daca au fost serioase; • Posibila contributie a afectiunilor medicale (de ex. tulburari neurologice, cancer, infectii); • Lipsa de raspuns sau lipsa de cooperare in cazul ingrijirii ambulatorii; • Nevoie de supraveghere clinica in caz de medicatie sau electrosoc; • Nevoia de observatie calificata, teste clinice sau evaluare diagnostica; • Supor familial si/sau social limitat incluzand lipsa domiciliului stabil; • Lipsa de relatie terapeutica clinician-pacient sau lipsa de acces la terapie ambulatorie; 2. In absenta incerecarilor de suicid sau a raportarii ideatiei/planului/intentiei suicidare dar prezenta evidenta pentru tulburari psihiatrice si/sau istorie care sugereaza un risc inalt de suicid sau o crestere acuta recenta a acestui risc

Tabelul Nr. 12: Indicatiile de internare pentru un subiect suicidar (APA Practice Guidelines, 2003).

Strategia 2 - Folosirea planului de urgenta pentru impiedicarea suicidului: Lucratorul in criza trebuie sa aiba pregatit un plan de actiune pentru orice situatie de urgenta, precum atunci cand subiectul manifesta comportamente suicidare chiar in fata clinicianului. Primul pas in aceasta situatie este contentia subiectului si transportarea lui in serviciul de urgenta pentru o evaluare medicala a riscului. O alta situatie dificila este atunci cand subiectul doreste in mod imperios sa rupa contactul cu lucratorul in criza si sa plece sau atunci cand subiectul fuge neasteptat din serviciul de criza. In acest ultim caz anuntarea politiei si a familiei este imperios necesara. Mai exista si situatia cand subiectul refuza sa vorbeasca, cand este total opozant si rejectiv. In toate cazurile lucratorul in criza trebuie sa incerce cu orice prêt sa stabilieasca un contact cu subiectul suficient pentru a determina nivelul de letalitate a ideatiei suicidare/planului/intentiei de suicid.

PASUL 2: Stabilirea raportului este unul din factorii cei mai importanti de care depinde deznodamantul interventiei. O atitudine care transmite calm, autenticitate, grija si lipsa oricarei priviri sau comentarii acuzatoare ajuta subiectul sa inteleaga ca are in fata sa pe cine trebuie si in cine se poate increde. Clinicianul promoveaza o comunicare deschisa pe baza ascultatii active a subiectului si a expresiei verbale si nonverbale ca subiectul este auzit si inteles. Nu de multe ori subiectul suicidar vede in clinican mai mult un adversar decat un aliat si din aceasta cauza este suspicios, opozant, vag, anxios.

Strategia 3 - Stai cu subiectul: clinicianul trebuie sa stea cu subiectul in tot timpul fazei de evaluare si interventie, indiferent daca pe parcursul acestor faze vor intervenii si alti specialisti astfel incat prezenta lui va deveni un factor de liniste si de siguranta pentru suicidarul anxios. El trebuie sa se manifesta ca un manager de caz si prezenta sa fizica este importanta pentru formarea aliantei terapeutice.

Strategia 4 - Managementul contratransferului: Frecvent subiectul suicidar provoaca clinicianului diferite sentimente si reactii iar acestea sunt in functie de atitudinile si credintele lui fata de suicid, de auto-reprezentarea cu o persoana suicidara sau de identificarea cu subiectul (Comstock, 1991). In fata subiectului suicidar terapistul poate avea sentimente de frica, anxietate, panica, manie, neajutorare, supraprotectivitate sau resemnare. Aceste sentimente joaca un rol important in dinamica relatiei cu pacientul. Astfel, daca lucratorul in criza supraestimeaza capacitatea subiectului de a depasi criza, subiectul se simte dator sa exagereze situatia pentru a fi luat in considerare in mod judicious, iar daca clinicianul este supraimplicat si supra-activ atunci subiectul nu va avea ocazia sa resolve situatia devenind o parte pasiva a relatiei. Terapistul trebuie

sa raspunda echilibrat si cum spunea Jung: "*ia-l in serios dar nu neaparat literalmente*". De multe ori supraimplicarea terapistului vine din dorinta lui inconstienta de a evita panica si anxietatea proprie. Uneori contratransferul conduce pe terapist sa aibe sentimente de ura si aversiune fata de subiectul suicidar ceea ce devine un obstacol important in desfasurarea ulterioara a interventiei si poate duce la cresterea ideatiei suicidare a subiectului (Maltsberger si Buie, 1974). Alteori clinicianul se simte tentat sa gandeasca ca suicidarul este doar manipulativ si in cautarea de atentie din partea altora. Indiferent cu ar fi, majoritatea clinicienilor simt o povara mare cand lucreaza cu un suicidar (Richards, 2000). Supervizarea, discutarea cazurilor in grup, auto-analiza sunt metode care-l pot face pe clinician sa recunoasca din timp reactiile contratransferentiale si sa le anhileze judicious si sa ramana un profesionist eficient.

Strategia 5 - Normalizarea subiectului conversatiei: Prezentarea unui suicidar este de cele mai multe ori dramatica, incarcata de anxietate si panica sau de resemnare dureroasa si disperare. Pentru a incepe o comunicare activ si a transmite mesaje terapeutice clinicianul trebuie sa incerce sa reduca tensiunea de inceput si sa normalizeze subiectul conversatiei prin afirmarea ca emotiile si gandurile legate de suicid sunt de inteles ca raspuns la durerea psihologice, iar ideatia suicidara este o situatie relativ comuna printre oameni, diferenta este data doar de intensitatea si durata ei si ca este acceptabil de a vorbi deschis si onest despre suicid, nu e nimic rusinos, nu tine de puterea si bravura unui individ, de virtutile si caracterul lui. Ea este o stare temporara, specifica, care poate fi depasita daca este inteleasa in mod adecvat. Ezitarile subiectului trebuie validate si trebuie incurajat sa vorbeasca in felul lui, cu cuvintele lui, fara rusine si vinovatie. Clinicianul trebuie sa ia gandurile si sentimentele subiectului ca atare, prozaic, literal, strict si sa se abtina de a avea vreo reactie la ele, mesaj care va fi interpretat de subiect ca ceea ce simte si gandeste el nu este anormal.

Strategia 6 - Ofera o atmosfera de calm: Calmul trebuie sa se instaureze in atmosfera in care se desfasoara interventia. El se aduce de catre clinician prin expresia corporala, fizionomie si mai ales prin glasul sau. Cuvintele trebuie articulate clar, rar, cu calm si propozitiile sa aiba o nota declarativa. E indicat ca accentul si tonalitatea in frazare sa fie la inceputul propozitiei sau frazei ceea ce tradeaza liniste si afirmatie spre deosebire de propozitiile interogative in care accentual este la sfarsitul lor. Comunicarea trebuie sa lase impresia de control si siguranta, fara ezitari, judecati voalate si lucruri nevorbite.

Strategia 7 - Treci de la stilul autoritar la cel colaborativ: In cazul intalnirii cu un subiect suicidar, clinicianul trebuie sa renunte la rolul de expert si sa abordeze o pozitie diferita pentru ca acum subiectul este "expert" in ceea ce simte si gandeste. Tonul clincianului nu trebuie sa fie directiv ci unul care sa incurajeze colaborarea pentru ca atat evaluarea cat si interventia se face impreuna cu subiectul si pentru subiect. Mai mult, se incurajeaza subiectul sa conduca discutia iar clinicianul sa ramana doar un companion avizat. In felul acesta subiectul va avea confortul sa decoperteze lucruri intime si dureroase.

Strategia 8 - Sprijina subiectul sa se ajute singur: Lucratorul in criza asigura subiectul ca a facut bine ca a venit in program si prezinta conceptia de baza a programului care se bazeaza pe ajutorul subiectului de a-si regasi si recapata puterea si abilitatile de a depasi situatii de criza, evenimente negative neasteptate, dorinte autodestructive si lipsa de speranta. Niciodata nu se va face altceva decat ceea ce i se potriveste subiectului, el este si va fi cel care detine proprietatea tuturor initiativelor care-l privesc.

PASUL 3: Ascultarea naratiunii subiectului: Contrar parerii generale ca oamenii tin secret sau sunt reticenti sa vorbeasca, mai mult de 70% din subiectii suicidari vorbesc liber de intentiile lor. Ca in orice alta criza si in criza suicidara oferirea comfortului de a vorbi reprezinta primul pas spre rezolutia ei. Transformarea emotiilor in cuvinte, formularea unei naratiuni coerente ajuta subiectul sa-si reformuleze situatia si in mod automat sa vada si solutii.

Strategia 9 - Asculta, intelege, valideaza reprezinta momentul crucial al interventiei, Terapistul nu trebuie sa fie de acord ca suicidul este singura optiune dar trebuie sa valideze durerea psihologica, sentimentul de coplesire, frustrare, manie care l-a condus la ideaia de suicid. Se incearca destigmatizarea suicidului: "*Este obisnuit ca oamenii sa se gandeasca la suicid cand au o durere sufleteasa de nesuportat*" Clinicianul demonstreaza o empatica intelegere a situatiei care l-a condus la ideia de suicid si poate spune: "*Intelg cat ti-e de greu, cat de tare te-a durut, cat de singur si deznadajduit ai fost, etc.*.", si niciodata nu intreaba "*de ce*" care introduce o tendinta de judecare. Deschiderea subiectului si punerea lui in pozitia de a gasi alternative incepe acum cand intalneste pe cineva care-l, aude, simte, intelege cu adevarat.

Strategia 10 - Comunica calm si combate ambivalenta: Starea cognitiva cel mai des intalnita la suicidari este ambivalenta. Din primul moment cand ideatia suicidara si-a facut loc printre gandurile subiectului, el devine ambivalent avand atat dorinta de a muri cat si cea de a fi salvat. El este sincer in ambele ipostaze. Aceasta ambivalenta fluctueaza si subiectul apare labil si

anxios in masura in care nu vede nici o iesire din aceasta dilema, de aceea individual apare calm si linistiti atunci cand a luat hotararea ferma de a se sinucide. Altfel, el este suprareactiv chiar la evenimente mici care pot creste ideatia suicidara si reprezenta factorii declansatori ai secventei suicidare (intentie – plan – procurarea de mijloace – preparative – setarea unei date – tentative de suicid). Abordarea ambivalentei este o unealta terapeutica importanta pentru ca este o oportunitate pentru clinician de a interveni, de a aborda si influenta ideatia suicidara. Simpla acceptare si validare a gandurilor subiectului poate intoarce balanta spre dorinta de a trai. Lucratorul in criza trebuie sa aduca calm, sa asigure subiectul de existenta timpului necesar pentru ascultare si intelegere, sa-l incurajeze sa vorbeasca rar si sa furnizeze mai multe amanunte: "*Avem suficient timp, nu trebuie sa va grabiti, respirati adanc si rar, stati relaxat, eu doresc sa va ascult si sunt aici pentru a va intelege si ajuta, aici sunteti in siguranta"*. Cum spunea Quinnett (2000): "*Compasiunea, instilarea sperantei si caldura umana autentica continua sa fie interventia noastra cea mai eficace atunci cand lucram cu un pacient activ suicidar*".

Strategia 11 - Creiaza o fereastra terapeutica: S-a demonstrate ca ideatia suicidara activa este o problema limitata in timp, rar poate dura peste 48 are fara ca subiectul sa nu se simt epuizat total. Pentru acest considerent, daca terapistul "cumpara timp" si il determina pe subiect sa-si amine planul, se poate conta pe faptul ca ideatia suicidara va scadea in intensitate printr-un proces natural. Clinicianul poate evidentia ca subiectul nu are nimic de pierdut prin amanarea planului dar are in schimb o multime de castigat; aparitia unor alternative, solutii noi, recastigarea sperantei, etc. In abordarea cestei probleme, clinicianul trebuie sa fie delicat, simpla sugesti de amanare a planului nu impresioneaza subiectul ci doar atunci cand este facuta voalat in timpul in care se asculta povestea subiectului si se valideaza sentimentele prin care trece. In concluzie exista pentru orice situatie cat de disperata ar fi o fereastra de oportunitati si ele trebuie folosite pentru a impinge deznodamantul intr-o perioada de timp idepartata suficient pentru a nu mai antrena vointa subiectului.

Strategia 12 - Categorizeaza problemele: Se considera ca comportamentul suicidar este de fapt o incercare a subiectului de a rezolva unele probleme cu care se confruncta. El are trei modalitati de a vedea aceste probleme: i) nu poate in nici un fel sa scape de problema; ii) problema este interminabila in sensul duratei si iii) problema este intolerabila in sensul severitatii si intensitatii. Comportamentul suicidar releva incapacitatea subiectului de a rezolva problemele si atunci cauta o solutie permanenta a acestora care este suicidul. In identificarea problemelor

subiectul suicidar este de multe ori vag, nespecific si poate spune: "*Nu am pe nimeni sa ma ajute, sunt singur, nimanui nu-i pasa de mine daca traiesc sau mor…*". Lucratorul in criza trebuie sa ajute subiectul ca in povestea lui sa identifice problemele cu care se confrunta, sa fie specific, sa le denumeasca, sa alcatuiasca o lista cu ele, sa le ierarhizeze, sa le prioritizeze si sa discute de felul cum ele se rasfrang asupra situatiei lui actuale. El trebuie sa ajute subiectul sa identifice daca aceste probleme sunt noi sau vechi, care este responsabilitatea lui in aparitia acestora si daca le-a rezolvat pozitiv cu alta ocazie. Si in final clinicianul trebuie sa ajute subiectul sa vada ca de fapt suicidul nu este decat cautarea unei rezolvari permanenta a unor probleme care sunt doar temporare, lucru care este nepotrivit si inadecvat. La fel, trebuie comentat despre faptul ca suicidul este o incercare lipsita de efect de a rezolva o problema si creiaza altele noi. Dezvolta ideia de a privi comportamentul suicidar in contextual modalitatilor de rezolvare a problemelor si daca subiectul identifica in mod spontan o strategie pozitiva de rezolvare valideaza si pastreaz-o pentru planul de viitor.

Strategia 13 - Identifica mesajul: Este usor de inteles ca in spatele unui suicid este o dorinta distorsionata de comunicare cu persoane anume sau cu ceilalti in general. Descoperirea mesajelor ascunse ale suicidului este o incercare sensibila in evaluare si interventie si trebuie facuta cu mare delicatete, ea reprezinta unul din fundamentele interventiei. Shneidman (1993), parintele suicidologiei moderne, estima ca aproximativ 80% din cei care au comis un suicid au furnizat informatii verbale sau comportamentale despre intentia lor letala. O proportie mai mica incearca sa scrie scrisori de ramas bun, posteza note de suicide pe Facebook sau trimite texte electronice pe telefonul celular. Exista mai multe feluri de mesaje pe care suicidarul doreste sa le comunice: i) durerea sufleteasca este de nesuportat; ii) incearca sa-si controleze astfel propriul sfarsit (de ex. sufera de o boala incurabila); iii) incearca sa controleze actiunile altora impotriva lui; iv) incearca sa aibe un control asupra lumii lui care a devenit haotica si nesigura; v) doreste sa scape sau sa evite un deznodamant nedorit (de ex. o pedeapsa, un divort/separare, dezastru financiar, etc.). Subiectul suicidar cauta o rezolvare a unei probleme dureroase, injurioare, care antreneaza stima de sine sau statutul si ii ameninta viitorul intr-un mod insuportabil. In mod cert el vrea sa scape in acest mod, el crede ca este singura solutie care-l salveaza fara daune fata de renumele, imaginea sau propria stima de sine.

PASUL 4: Managementul emotiilor: Comportamentul suicidar acopera o varietate mare de emotii negative subjacente. Subiectul se simte coplesit de emotii, uneori contradictorii, alteori

identificabile dar desuportat prin intensitatea si durata lor. El nu vede nici o iesire pentru ca nu le poate tolera si nu poate sa se desprinda de ele. Emotiile negative sunt indreptate spre le insusi si moartea este privita ca o izbavire. Aceste emotii negativa impreuna cu evenimentele precipitante contribuie hotarator la generarea disperarii si durerii sufletesti a suicidarului. Subiectul este dominat de rusine, vinovatie, auta-blamare, sentiment de esuare si ratare, pierderea sperantei si manie indreptata impotriva lui, dar in acelasi timp ar vrea sa traiasca dar nu stie cum atata timp cat are astfel de sentimente. Stare emotionala este instabila in felul cum este descrisa si traita si se poate traduce printr-o hiperactivitate vegetativa si dezordine comportamentala. Ea obtureaza capacitatea subiectului de a percepe corect realitatea, de a gandi clar si de a se angaja in rezolvarea problemelor in mod judicios. Pe scurt, emotionalitatea contribuie in cea mai mare masura la aspectul starii mentale a subiectului suicidar si la mentinerea ideatiei suicidare.

Strategia 14 - Incurajeaza ventilarea emotiilor: Clinicianul trebuie sa faca orice este necasar pentru a pune subiectul in pozitie sa vorbeasca despre emotiile sale. Cel mai eficient este sa arate ca asculta si intelege emotiile subiectului, ca nu le judaca, ca nu i se par un lucru care nu este normal si ca va pastra confidentialitatea. Subiectul trebuie sa fie lasat se le descrie asa cum doreste, sa nu fie interupt, sa fie incurajat sa continue si sa se exprima. Subiectul poate fi reticent sa impartaseasca emotiile sale de frica de a fi prost inteles sau de frica de a fi luate ca cea anormal. Clinicianul trebuie sa utilizeze metodele de ascultare empatica si activa si sa-l faca pe subiect sa se simta auzit, simtit si inteles. S-a constatat ca insasi impartisirea emotiilor si validarea lor de catre clinician conduce la reducerea ideatiei suicidare si aceasta constituie o premiza necesara pentru desfasurarea interventiilor ulterioare (Westefeld si colab. 2000).

Strategia 15 - Valideaza durerea sufleteasca a subiectului: Validarea inseamna sa creiezi subiectului impresia ca ceea ce simte face parte dintr-un registru de trairi umane care sunt autentice si valide, inseamna sa identifici, sa intelegi si sa exprimi acceptarea emotiilor subiectului. Daca nu se valideaza aceste emotii, subiectul va spune ca "*eu nu mai vreau sa spun nimic ca oricum nu ma intelegeti*", "*nu are rost sa continui, prin ceea ce trec eu nu intelege nimeni*", etc. Validarea creiaza contextual pentru impartasire si colaborare ulterioara in formularea unui plan de ingrijire si iesirea din criza. Validarea incepe cu recunoasterea emotiilor subiectului si identificarea fiecareia in parte, apoi continua ca identificarea situatiei sau evenimentul care le-a generat, si in final reflectarea aceastora subiectului. Lucratorul face aceasta intr-un mod autentic, lipsit de judecati si superioritate si fara emfaza unui expert.

Strategia 16 - Ajuta sa tolereze emotiile negative: Incurajarea exprimarii emotiilor si validarea lor conduce pe subiect sa se simta mai usurat, sa inceapa sa "faca pace" cu emotiile sale, sa nu mai incerce la nesfarsit sa le alunge. El este bine sa inteleaga ca emotiile nu se vor schimba pana cand o schimbare nu se va petrece. Astfel, lucratorul in criza trebuie sa ajute subiectul sa inceapa sa tolereze emotiile oferind unele indicatii precum: nu este posibil sa eviti emotiile negative, nimeni nu poate crede ca va fi feritcit tot timpul, nu te lupta cu emotiile negative ca ele se vor accentua, odata ce te accepti ca o persoana cu defectele si esecurile ei emotiile tind sa diminueze, suicidul este o situatie care provine tocmai din dorinta de a evita emotiile negative, invata subiectul sa tolereze emotiile prin tehnicile de tolerare a distresului si prin acceptarea radicala a realitatii, tehnici imprumutate din terapia "mindfulness" (vezi Tabelul Nr. 13).

1. Tolerarea distresului:
- distrage-ti atentia prin activitati, senzatii, ganduri, emotii pozitive
- linisteste-te folosindu-te simturile (observa si descrie ce vezi, auzi, mirosi, atingi fata sa interpretezi)
- imbunatateste fiecare moment prin imagini, rugaciune, meditatie, relaxare (doar un gand in fiecare moment)
- indreapta-ti atentia catre propria respiratie, concentreaza-te cum respiri si pe drumul aerului cand inspiri si expri rar;
- pune o jumatate de zambet pe fata ta de dimineata si lasa-l acolo orice s-ar intampla.
2. Acceptarea radicala a realitatii:
Se bazeaza pe tehnica Zen: "totul este asa cum ar trebui sa fie". Acceptarea emotiilor si situatiei te face sa intelegi contextual…
- Participa la realitate, lasa experienta sa vina spre tine, nu cauta sa o eviti;
- Observa, descrie-ti si participa la realitate, moment dupa moment si nu interepreta;
- Opreste-te din lupta cu emotiile negative, ele vor diminua odata ce le accepti;
- Accepta necazul ca un deznodamant logic si nu ca o problema care trebuie rezolvata;
- Ceea ce se petrece este rezultatul unui lant de evenimente si nu ai control asupra lor ci doar asupra evenimentului care urmeaz.

Tabelul Nr. 13: Tabel sinoptic cu tehnici de tolerare a distresului di acceptarea radicala a realitatii (dupa Linehan, 1993).

PASUL 5: Explorarea alternativelor: Clinicianul trebuie sa aiba mereu in vedere ca suicidul este pentru subiect o solutie la durerea sufleteasca si ca capacitatea lui de a gasi alte

alternative este obturata temporare de emotionalitatea necontrolata si de interpretarea eronata a factorilor externi. Subiectul prezinta o viziune in tunel, privind suicidul ca singura solutie posibila dar are si dorinta de a fi salvat. Desi doreste sa fie salvat subiectul nu reuseste sa spuna spontan care ar fi totusi ratiunile pentru a trai ca si alternative posibile pentru situatia curenta. A ajuta subiectul sa descopere alternative la suicidalitatea sa este un lucru dificil pentru ca daca clinicianul le prezinta ca atare asta ar suna ca o critica pentru subiect marind sentimentul ca este neinteles si obturand comunicarea. Descoperirea alternativelor la suicid se face cel mai bine prin reducerea rezistentie ideilor suicidare, analiza motivelor de a trai si a muri ceea ce conduce la formularea unui cadru nou de rezolvarea problemelor si prin marirea suportului social disponibil.

Strategia 17 - Reduce rezistenta ideilor suicidare: De foarte multe ori subiectul suicidar prezinta o mare capacitate de a produce contra-argumente cand cineva incearca sa-l convinga de contrariu. Mai mult, cu cat interlocutorul este mai insistent cu atat suicidarul este mai incapatanat evidentiind astfel distorsiunile cognitive care sustin ideatia sa suicidara. Astfel, daca terapistul ar spune: "*mi-as dori sa nu faceti acest gest*", subiectul ar putea saspune: "*am toate motivele sa-l fac*" sau terapistul: "*haideti sa vedem daca exista si alte alternative*", subiectul: "*am incercat totul, nu e alta solutie pentru mine*"… Este o dinamica generata de ambivalenta subiectului care in mod spontan se simte obligat sa ridice obiectii la ceea ce afirma terapistul. Din fericire un dialog Socratic, cu replici care deschid conversatia poate rezolva problema in mod convenabil. De ex. terapistul: "*Inteleg ca suicidul este o opotiune pentru Dvs dar cred ca nu e cea care are un bun deznodamant. Inteleg ca sunt si alte optiuni deschise. Puneti optiunea cu suicidul pe masa, ca plan A si haideti sa vedem si alte optinui care ar putea fi, precum planul B, C, etc.*" (Granelo, 2010). In felul acesta s-ar incuraja subiectul sa renunte la rezistenta de a rejeta alte alternative. O schimbare a tonului conversatiei si schimbarea pozitiei terapistului de la explorarea suicidului de pe banca specialistului la gasirea unei alternative de pe banca subiectului. Gasirea unei alternative se face avand amandoi o atitudine colaborativa.

Strategia 18 - Stabileste un cadru pentru rezolvarea problemelor: Este evident ca suicidul este o incercare de rezolvare a problemelor subiectului, o incercare de a scapa de problemele cu care se confrunta si pe care nu le poate depasi. A exprima neincrederea precum ca subiectul nu a incercat tot ce se poate pentru a rezolva problemele lui sau a-i da unele sfaturi este o lucru care terapistul trebuie sa-l evite cu orice prêt. Se recoamnda sa se adopte tehnici din interviul motivational (Miller si Rollnick, 2002) care genereaza o schimbare a modului cum priveste

subiectul situatia, evidentiaza discrepante dintre a face si nu face si abilitate de a trece de la solutia veche (suicidul) la optiunile viitoare. In Tabelul Nr. 14 sunt prezentate cateva din principiile interviului motivational aplicate in interventia in criza.

Principiile Interviului Motivational
1. Exprima empatie
- abilitatea de a percepte lumea subiectului (priveste, aude, simte)
- clientul tratat cu empatie si consideratie
- genereaza deschiderea subiectului
- exploreaza adevaratele nevoi ale subiectului
- ajuta subiectul sa descrie sentimentele, gandurile si situatia
- permite schimbari line
2. Sprijina sentimentul eficacitatii subiectului
- exprima credinta in puterea subiectului de a schimba ceva
- cultiva ideia ca trecutul nu este gresit si ca doar directia actuala e gresita
- cultiva idea de a incerca din nou, mereu
- subliniaze succesele subiectului cu alte ocazii
- evidentiaza abilitatile si calitatile subiectului
- imbunatateste stima de sine a subiectului
- discuta despre motivatia de a veni in program si motivatia de schimbare
3. Lucreaza cu rezistentele subiectului
- terapistul nu se lupta cu rezistentele subiectului
- face un pas inapoi si se realiniaza daca subiectul este rezistent
- afirmatiile terapistului nu sunt provocatoare
- terapistul nu are puterea sa schime
- clientul este cel care genereaza solutia si schimbarea
- schimbarea este realista si capabila sa fie atinsa
4. Dezvolta discrepantele
- unde este si unde ar dori sa fie
- comportamentul curent si scopurile viitoare
- ajuta subiectul sa vada discrepantele
- discrepantele dintre beneficiu si schimbare
- discrepantele dintre solutie si problema
- faciliteaza abilitatea de a vedea alternative, noi posibilitati, genereaza optimism
- evita sa dai solutii si sfaturi, creiaza rezistenta
- faciliteaza procesul de gasire a solutiilor si a luarii deciziilor

Tabelul Nr. 14: Interviul motivational – synopsis (dupa Miller si Rollnick, 2002)

Ulterior discuta cu subiectul despre strategia de rezolvare a problemelor inspirata din terapia bazata pe problema si comentaza beneficial inventarului problemelor, divizarea lor in bucati mai mici, itemizarea lor, ierarhizarea, preioritizarea, strategia pentru fiecare, persoanele de ajutor, cardul de timp, etc.

Strategia 19 - Angajeaza suportul social disponibil: Presupunerea de baza este ca subiectul suicidar este singur sau se simte singur; realitatea este de cele mai multe ori asa. Terapistul trebuie sa se informaze despre suportul social al subiectului, despre situatia familiala, prieteni si colegi, despre diponibilitatea lor de a-l ajuta, daca subiectul este de acord ca unii dintre acesti sa fie contactati, in cine are cea mai mare incredere, despre confidentialitatea informatiilor fata de acestia si sa fie informat despre existenta altor resurse disponibile in comuntate pentru cazul sau (de ex. grupurile AA, grupuri de auto-ajutor, agentii de asistenta sociala, ONG, etc.). Terapistul trebuie sa discute avantajele suportului social, rolul de tampon intre evenimentele de viata stressante si vulnerabilitea individuala si sa cultuive sentimentul subiectului ca apartine unei familii, grup, colectivitate, comunitate. In plus, serviciul de criza reprezinta un prieten neconditionat pentru 24 ore pe zi/7 zile pe saptamana.

Strategia 20 - Restaureaza speranta subiectului. Problema sperantei in viitor este problema centrala a suicidului. Se poate considera ca toate persoanele cu ideatie suicidara si-au pirdut speranta in viitor intr-o proportie mai mare sau mai mica. Tinta lucratorul in criza trebuie sa fie recunoasterea acestei probleme si cultivarea sperantei ca schimbare esentiala in salvarea individului. Speranta este o stare mentala la care se poate ajunge prin cultivarea unei anume stari de spirit care inseamna sa vezi o problema ca externa, temporara si specifica si nu ca o inevitabila expresie a esecului personal. Clinicianul trebuie sa actioneze ca un “promotor de speranta” si ca un “purtator de speranta”. Subiectul este totdeauna reticent cand i se prezinta diferite variante de speranta, de scopuri viitoare, subiectul poate sa le considere inautentice, lipsite de intelegere pentru situatia si capacitatea lui si exprimate de la inaltimea si detasarea expertului. El are nevoie de o persoana care sa fie cu el impreuna in aceiasi pozitiei mentala si context cu care sa formuleze o noua speranta. De aceia lucratorul trebuie sa spune ca intelege neajutorarea subiectului, pierderea sperantei, dar ca aceasta este temporara si sa exprime increderea in puterea subiectului de a o regasi (promotorul sperantei) sau sa afirme ca este de inteles ca subiectul nu are speranta, este normala si uman, ca amandoi vor avea speranta cat de curand, ca terapistul ii va aduce speranta inapoi pentru ca ii ofera siguranta, intelegere, ajutor neconditionat in recastigarea puterii de a spera: “*sunt gata sa va aduc speranta inapoi*” (purtatorul sperantei).

Strategia 21 - Ajuta subiectul sa descopere posibilitati si sa dezvolte rezilienta: **L**ucratorul in criza trebuie sa stie ca exista o proportie in care subiectul vrea sa fie salvat si sa supravietuiasca si daca stie cum sa-i dea mana, subiectul i-o va prinde si se va trage in sus. Asta

insemana de fapt sa descoperi noi posibilitati, sa descoperi cum sa pui problema astfel inca subiectul sa vad noi motive de a trai. Chiles si Stroshal (2005) spunea: "*Jobul meu sa sa gasesc o scanteie de viata si sa i-o aduc clientului si sa-l ridic cu ea odata*". In tabelul Nr. 15 se gasesc cateva idei prin care se poate schimba focusul converesatiei cu subiectul si produce schimbarea in idatia subiectului.

In loc de focalizare pe:	Schimba focusul pe:
- Deficit	- Competenta si abilitati
- Slabiliune	- Putere
- Problema	- Solutie
- Trecut	- Viitor
- Stabilitate	- Schimbare
- Cauza	- Posibila solutie
- Solutie in afara subiectului	**- Solutie inauntru subiectului**

Tabelul Nr. 15: Modalitati de generare a schimbarii

PASUL 6: Folosirea strategiilor comportamentale: Interventia in suicid este un process colaborativ in care subiectul este actorul principal. El trebuie motivat, ajutat si invatat cum sa actioneze in a recastiga dorinta de a trai, puterea de a depasi greutatile si abilitatea de a rezolva problemele. Interventia trebuie sa fie rapida, eficienta, personalizata si dimensionata in functie de abilitatile si capacitatile subiectului. Focalizarea pe interventii comportamentale este prioritara in fata altor interventii adresate cognitiei sau emotionalitatii subiectului; interventia rapida in suicid este izvorata dintr-o abordare behaviorista. Interventia comportamentala se materializeaza in formularea colaborativa a unui plan de siguranta si a unuia de actiune pe termen scurt. Plan cuprind actiunii pe care subiectul este capabil sa le intreprinda, vrea sa le intreprinda si este constient de intelesul si valoarea lor. Aceste actiuni au ca scop siguranta imediata a subiectului, modalitatile disponibile de ajutor, recastigarea suportului social proximal si tintele tentativelor de rezolvare a problemelor imediate.

Strategia 22 - Ajuta sa formuleze schita unui plan de actiune pe termen scurt: Planul de actiune pe termen scurt se intinde pe cateza zile, este un plan concret, detaliat si in puterea subiectului sa-l realizeze. El cuprinde pasi mici care sa conduca la mai mult la imbunatatirea

calitatii vietii subiectului decat sa genereze o mare schimbare in viata subiectului si sa-l tina astfel pe subiect departe de suicid (Chiles si Strosahl, 2005). Se recomanda ca acest plan sa fie la indemana subiectului si formulat in contextual vietii reale a subiectului si cuprinde actiuni care sa duca la descresterea izolarii lui sociale, la implicarea in activitati cu probabilitate mare de success, generatoare de evenimente positive si crestere a stimei de sine, activitati recreationale relaxante si dorite de subiect, sporirea activitatilor de ingrijire personala (alimentatie, igiena personala, odihna, evitarea alcoolului, complianta cu medicatia daca e cazul) si a locuintei, angajarea in strategii de coping care au dat rezultate in trecut si sunt actualmente la indemana subiectului (Granello, 2010). Lucratorul in criza si subiectul revizuiesc si actualizeaza acest plan in contctele/intalnirile ulterioare ("follow-up") daca ele au fost prevazute inca de la prima intalnire. Se recomanda ca primul contact sau intalnire sa fie facuta dupa 2-3 zile, pentru evaluarea programului si ajustari care se pot face imediat. Astfel subiectul nu pierde sensul colaborarii cu clinicianul, se evidentiaza acele tinte care nu sunt inca in puterea subiectului, se are grija ca subiectul sa nu gandeasca ca esueaza mereu, lucru care intretine sentimentul de neajutorare si lipsa de speranta, se furnizeaza subiectului un feedback pozitiv si premiere pentru realizarile obtinute, se intareste motivatia si se subliniaza inca odata ca subiectul este titularul actiunilor si beneficilor programului. Desi subiectul este principalul actor, acest plan solicita cooperarea familiei si a celor apropriati lui, imbunatatirea comunicarii cu toti acestia si implicarea altor persoane semnificative atunci cand este cazul (medical de familie, medicaul specialist, asistenta sociala, etc.). Pe masura ca progresele sunt facute, planul este tot mai focalizat spre rezolvarea problemelor si pe schimbarea acelor comportamente, roluri sociale, relatii interpersonale, situatii si alte tinte care conduc la recadrarea subiectului intr-un context de viata valorizant si productiv. Daca contactele/vizitele prevazute in programul de follow-up s-au terminat, atunci cand este cazul, lucratorul in criza poate sa refere subiectul unui alt clinician pentru a continua monitorizarea si progresul, aceasta facandu-se bineinteles cu consimtamantul subiectului.

Strategia 23 - Formuleaza un plan de siguranta decat un contract de siguranta: Planul de siguranta si contractul de siguranta sunt activitatile cu care deobicei se incheie interventia cu subiectul suicidar.Ele sunt documente care creiaza un context sigur in care subiectul sa fie externat din programul de interventie in criza.

Planul de siguranta este un set de masuri si actiuni formulate prin colaborarea dintre clinician si subiect care au ca scop mentinerea in viata a subiectului, angajarea in actiuni care sa

previna si sa stopeze orice incercare de suicid. Contractul de siguranta este un angajament, o promisiune pe care o face subiectul de a ramane in viata bazat pe dorinta lui exprimata deschis de a nu intreprinde nimic care sa produca vatamarea sau decesul lui. Nu exista o evidenta clara ca acest contract de siguranta ar tine departe subiectul suicidar de planul sau si poate creia un fals sentiment de siguranta clincianului. In schimb, planul de siguranta este un instrument adecvat si eficient care inventariaza ceea ce trebuie sa faca subiectul pentru a se mentine in siguranta. El prevede atat actiuni specifice si individualizate de preventie cat si actiuni de intreprins atunci cand nu mai este capabil sa-si controleze ideatia si intentia de suicid. Acest plan de siguranta dupa ce este formulat colaborativ intre subiect si clinician trebuie scris si inmanat subiectului si o copie se ataseaza la dosarul subiectului. Rapunderea clinicianului este judecata totdeauna dupa modul si eficienta cu carae a fost intocmit planul de siguranta al subiectului cu care a lucrat.

Planul de siguranta trebuie sa cuprinda actiuni concrete, specifice, scrise le persoana intaia, iar mai jos se prezinta cateva sugestii:

- sa se reincadreze/reconecteze in reteaua proximala de suport, familie, prieteni, si sa nu ramana singur (specifica)…

a. sa indeparteze toate mijloacele vatamatoare care erau incluse in planul lui de suicid (specifica care…de ex. susbtante, medicamente, arme, etc.);

b. sa faca urmatoarele activitati care sa-i aduca calm si confort (specifica)…

c. sa-si reaminteasca urmatoarele motive de a ramane in viata (specifica)….

d. pe cine sa cheme la telefon, cu cine sa vorbeasca ca sa nu ramana singur (specifica numele si telefonul)…

e. cine este persoana la care ar putea apela in cazul in care ar vrea sa vorbeasca despre ideile de suicid (specifica numele si telefonul)…

f. cine sunt persoanele care furnizeaza ajutor medical (specifia numele, pozitia, institutia si telefonul, de ex. medica de familie, consilier, sora, etc.)…

g. specifica numarul de telefon al liniei de criza si a persoanei de contact…

h. specifica locul unde ar trebuie sa se duca daca nu poate sa se ajute cu cele de mai sus (Camera de garda de la Spitalul…specifica care spital, adresa si numarul de telefon)…

i. Specifica unde ar trebui sa se adreseze in caz de urgenta maxima, in iminenta de suicid (linia de urgenta 211 sau Politia (speficia numarul de telefon)…

In Anexa Nr. 6 se prezinta modelul unui asemenea plan de siguranta, usor de completat si introdus in practica. Planul de siguranta trebuie purtat de subiect la el ca sa-l poate revedea de cate ori are nevoie, de cate ori se simte amenintat de ideile lui suicidare.

PASUL 7: Urmarirea (Follow-up): Modelul interventiei in criza, generat de definitia originara a crizei presupune doar un contact cu subiectul, contact dedicate atat evaluarii cat si intrerventiei. Conform definitiei largite a crizei si practicii de zi cu zi, sunt mai multe situatii cand nu este suficient un singur contact cu lucratorul in criza pentru a asigura o rezolutie convenabila situatiei de criza. Aceasta este si cazul subiectului suicidar. In cele mai multe situatii sunt necesare contacte suplimentare ceea ce se asigura prin programul de urmarire. Aceste contacte se fac deobicei la telefon iar contactul este initiat de lucrator sau de client in functie de cum ele au fost prevazute in planul de siguranta. Aceste contacte de urmarire au ca scop evaluarea riscului, reintarirea motivatiei subiectului de a nu intreprinde nimic pentru a se vatama sirevizuirea, trecerea in revista a abilitatilor de rezolvare a problemelor utilizate de client si actualizarea planului de siguranta. Numarul de contacte si frecventa lor se stabiliesc de la inceput si au in vedere gradul de monitorizare si severitate a problemelor urmarite prin acest program. Primul contact de face nu mai tarziu de 1-3 zile.

Strategia 24 - Foloseste conceptual de manager de caz pentru urmarirea clinica: Se indica ca aceste contacte de urmarire sa fie facute de acelasi terapist pe care subiectul l-a intalnit in sedinta de interventie. In acest fel clinicianul respectiv indeplineste rolul de manager de caz, continua activitatea déjà inceputa, cunoaste bine subiectul, tine evidenta progreselor, se focalizeaza mai bine pe vulnerabilitatile subiectului si relatia terapeutica si stilul colaborativ se consolideaza de la contact la contact. Contectele se fac la telefon dar se pot stabili si intalniri directe la programul de criza, ceea ce se numesc contacte de terapie scurta. Cine le initiaza, frecventa lor si orarul se stabilesc de comun acord si aceasta depinde de severitatea ideatiei suicidare, de vulnerabilitatea subiectului, de calitatea suportului social. Contactele de urmarire trebuie sa aiba o structura clara: reintarirea motivatiei subiectului de a ramane in siguranta, revizuirea motivelor de a ramane in viata si a factorilor de risc, trecerea in revista a strategiilor de coping pentru a depasi emotiile negative, modul de rezolvare a problemelor, aderenta subiectului la suportul social proximal si planul recreational. Clinicianul nu joaca rolul expertului, nu pune subiectul in situatia de a face “dari de seama” ci mentine stilul colaborativ, validant si maniera de a-l pune pe subiect in pozitie de a lua deciziile si de a actiona independent. Se indica ca aceste contacte de urmarire sa

ramana la tematica discutata in prima sedinta de interventie in ciuda tentatiei subiectului de a largi sfera de discutie si la alte aspecte ale vietii lui curente si de a-l atrage pe clinician in viata lui de toate zilele. In felul acesta se incurajeaza subiectul sa devina agentul propriei sale sanatati si prosperitati.

Strategia 25 - Evalueaza eficacitatea interventiilor si imbunatateste strategiile folosite: Cu fiecare contact de urmarire se evalueaza eficacitatea interventiei, se fac corectiile necesare, se reintareste capacitatea subiectului de a-si controla emotiile, de a rezolva problemele, de a imbunatatii calitatea vietii si de a recapata o dimensiune prospective asupra existentei individuale. La fel, prin contactele de urmarire se evalueaza si aderenta subiectului la celelalte programe de terapie in care este angajat precum contactele cu medical de familie, contactele cu specialistul/medical psihiatru daca este cazul, complianta la medicatia pe care trebuie sa o urmeze. Principalul punct care trebuie revizuit cu fiecare contact de urmarire este daca planul de siguranta este realist, la indemana subiectului, eficient si suficient. Se presupune ca cu fiecare contact comunicarea devin din ce in ce mai tintita pe adevaratele probleme ale subiectului. Daca subiectul necesita o terapie psihologica atunci el poate fi referit la un astfel de program sau poate ramane in programul de criza pentru o terpie scurta. In cazul subiectului suicidar, cele mai des folosite si eficiente terapii scurte sunt: terapia cognitive-comportamental, terapie interpersonala si terapia bazata pe atentie (mindfulness).

<u>VIII. Externarea si indrumarea catre alte servicii</u>:

Intocmirea planului de siguranta si obtinerea contractului de siguranta a subiectul sunt ultimele activitati inainte ca subiectul sa poate parasi serviciul de criza. Criteriile externarii subiectului suicidar din programul de criza sunt urmatoarele (modificat dupa APA, 2003):

j. suicidalitatea a fost doar o reactie la un eveniment precipitant;
k. subiectul nu mai este suicidar si conditia lui este stabila medical si psihologic;
l. subiectul nu mai este intoxicat, psihotic sau in delirium;
m. s-a intocmit un plan de siguranta cu care subiectul este in totalitate de acord si s-a obtinut un contract de siguranta de la acesta;
n. s-au indepartat mijloacele de suicid de la indemena subiectului;
o. subiectul are o situatie domiciliara si familiala stabila;
p. s-a facut contactul cu persoanele de suport si s-au dar instructiuni privind siguranta subiectului;

q. pacientul este capabil si cooperant cu recomandarile facute si cu contactele de urmarire;
r. s-au facut aranjamentele pentru tratarea conditiilor mentale subjacente;
s. pacientul a fost internat intr-un serviciu spitalicesc sau a fost referit unui alt program de terapie de scuta/lunga durata;
t. in cazul subiectului cronic suicidar, tratamentul ambulator este mai benefic decat cel spitalicesc.

O problema deosebita care antreneaza responsabilitatea lucratorului in criza este "**transferul responsabilitatii**". Atunci cand subiectul suicidar ramane in custodia programului de criza si astfel el ramane in grija mai multor clinicieni de la o tura la alta, clinicianul care a lucrat pe subiectul trebuie sa transfere informatiile si activitatile intreprinse cu subiectul urmatorului therapist conform orarului de munca astfel incat sa nu existe nici un hiatus pe parcursul ingrijirii si supravegherii. La fel, daca subiectul este transferat intr-un alt serviciu, acest transfer trebuie facut impreuna cu o nota clinica care sa cuprinda rezultatele evaluarii, interventia intreprinsa, rezultatele obtinute, colaborarea cu alti clinicieni si apreciea generala asupra riscului suicidar. Astfel, lucratorul in criza lucreaza colaborativ cu alti clinicini din alte servicii si exprima responsabilitatea fata de deznodamantul cazului si fata de codul de bune practici care este "gold standard-ul" oricarei activitati clinice. In cazul lucratorului in criza, reponsabilitatea este o problema atat profesionala cat si etica si legala. Toate acesta activitati trebuiesc bine evidentiate in documentele pe care le face lucratorul in criza.

IX. Documentarea

De la inceput trebuie spus ca nici o alta interventie din domeniul ingrijirii sanatatii mentale nu are mai multe sanse sa reduca mortalitatea ca interventia in cazul subiectului suicidar. Pe de alta parte si malpractice-ului in acest cazatarna foarte serios. Iata de ce este atat de importanta documentarea tuturor actiunilor lucratorului in criza, a raspunsului si participarii subiectului, a informatiilor culese pe parcursul relatiei cu subiectul si formularea planurilor de ingrire si siguranta, a legaturii cu altii clinicieni sau servicii si a follow-up-ului. Aceasta documentare se face pe formularele tip ale programului si pe note clinice datate si semnate de clinician. Se spune ca: "*ceea ce nu este scris nu este facut*". Aceste informatii trebuiesc tinute confidential si clinicianul trebuie sa ceara consimtamantul subiectului atunci cand e nevoie sa fie impartasite si altora, indiferent cine ar fi acestia.

La fel de importanta este si transferul de responsabilitate de la un clinician la altul si de la un serviciu la altul, care inseamna transferul informatiilor si protocalelor de-a lungul drumului de ingrijire a unui pacient, indiferent cat de lung sau accident este acesta.

Activitatii clinicianului se face in functie de protocoalele implementate in programul de criza respectiv si in functie de standardul de ingrijire la care a aderat acel program. Dupa Chiles si Strosahl (2005) standardul de calitate a ingrijirii solicita:

i) identificare si evaluarea adecvata a indicatorilor de risc suicidar si a factorilor protectivi;
ii) dezvoltarea unui plan rezonabil de siguranta pe baze nevoilor subiectului;
iii) implementarea planului de siguranta in mod adecvat si modificarea lui pe baza contactelor de urmarire;
iv) evidentierea cunostintelor clinice necesare pentru evaluarea si managementul unei persoane suicidare; v) documentare adecvata.

Neglijentele si omisiunile in toate aceste ipostaze vor avea consecinte nefericite pentru ambele parti. Determinarea riscului conduce la nivelul de atentie si raspuns, la adaptarea interventiei la situati subiectului in vederea obtinerii deznodamantului asteptat: mentinerea in viata a subiectului si reintoarecerea lui la nivelul functionarii din precriza.

Conform experientei internationale lucratorul de la criza a fost reclamat de familia pacientului suicidar si a ajus in justitie pentru urmatoarele situatii care au reprezentat malpractice:

u. neevaluarea riscului suicidar in timpul ultimei intalniri cu subiectul;
v. neefectuarea unei evaluari adecvate a subiectului;
w. management neadecvat a crizei suicidare;
x. ignorarea nivelului de risc si neinternarea subiectului in serviciu spitalicesc;
y. incapacitate de a proteja subiectul si a-l mentine in siguranta;
z. esecul in formularea unui plan de siguranta adecvat subiectului;
aa. prezentarea unui grad inadecvat de cunostinte si deprinderi profesionale necesare pentru managementul unei crize suicidare.

In final trebuie sa mentionez ca pierderea unui subiect suicidar este o grea lovitura pentru lucratorul in criza care a investit profesionalism si multa daruire umana, doar cine a lucrat in acest domeniu poate sa inteleaga cat de greu este sa se treaca peste un asemenea nefericit deznodamant.

Anexa Nr. 1:

Ariile de evaluare ale riscului suicidar (Bryan si Rudd, 2006)

I: Predispozitia la comportament suicidar:
- Istorie de tulburari psihiatrice (risc crescut in caz de tulburari recurente, comorbiditate si cronicitate);
- Istorie de comportament suicidar (risc crescut in functie de numarul incercarilor de suicid, letalitatea mijloacelor de suicid incercate);
- Externare recenta dintr-o sectie de psihiatrie (riscul este mai crescut pentru primele externari);
- Orientare homosexuala (risc crescut pentru barbatii homosexuali);
- Sexul masculine;
- Istorie de abuz;

II: Precipitanti sau stressori identificabili:
- Pierdere semnificativa (financiara, relatii interpersonale, identitate, deces persoana semnificativa);
- Probleme de sanatate acute sau cornice;
- Relatie instabila si conflictuala;

III: Prezenta de simptome:
- Simptome depresive (pierderea placerii, stima de sine scazuta, tristete, tulburari de somn);
- Tulburare bipolara (risc crescut in perioada de inceput a tulburarii);
- Anxietate;
- Schizofrenia; (risc crescut in caz de halucinatii auditive imperative);
- Trasaturi din tulburarea antisociala sau marginala de personalitate;

IV: Presenta sentimentului de lipsa de speranta:
- Severitatea lipsei de speranta;
- Durata lipsei de speranta;

V: Natura gandurilor suicidare:
- Ideatie suicidara curenta: frecventa, intensitatea si durata;
- Prezenta planului de suicid (creste riscul de suicid);
- Disponibilitatea mijloacelor de suicid;
- Letalitatea mijloacelor de suicid;
- Comportament suicidar activ;
- Intentie explicita de suicid;

VI: Comportament suicidar anterior:
- Frecventa si contextual comportamentului suicidar anterior;
- Perceperea letalitatii si a deznodamantului;
- Oportunitati de salvare si de ajutor;
- Prezenta preparativelor de suicid;

VII: Impulsivitate si auto-control:
- Auto-control subiectiv;
- Control obiectiv (abuz de substante, comportament impulsiv, agresiv);

VIII: Factori protectivi:
- Prezenta suportului social;
- Abilitati de rezolvare a problemelor si de coping;
- Participare activa la tratament;
- Prezenta sentimentului de speranta;
- Prezenta copiilor acasa;
- Sarcina;
- Religiozitate;
- Viata satisfacatoare;
- Testarea realitatii intacta;
- Frica de dezabrobare sociala;
- Frica de suicid sau de moarte.

Anexa Nr. 2

Clasificarea riscului suicidar si nivelul interventiei cerute (dupa Meichenbaum, 2007)

Nivelul de risc	**Factorii de risc**	**Factorii protectivi si interventia necesara**
Risc mic	Nici un gand suicidar, Nici un factor de risc prezent	Factori protectivi prezenti Nu este necesara nici o interventie
Risc moderat	Ganduri suicidare prezente Nu exista plan de suicid Factori de risc prezenti	Factori protectivi prezenti (de ex. suport social, familial) Subiectul doreste sa se angajeze in terapie Formularea un plan de interventie in criza Formularea unui plan de siguranta Furnizeaza contacte de urmarire
Risc crescut	Ganduri suicidare prezente Intentie de suicid prezenta Plan de suicid prezent Indici de consum de substante Comorbiditate cu tulburari psihice Istorie de tentative de suicid Prezenta de factori precipitanti	Internare de urgenta Obtinerea unui contract de a ramane in viata Formularea unui plan de ingrijire Formularea unui plan de siguranta Asigurarea sigurantei subiectului dupa externare cu mobilizarea resurselor disponibile

Anexa Nr. 3

Foaia de evaluare a letalitatii (Maris, 2001)

LETALITATE SCAZUTA ⟶ **LETALITATE MARE**

PLAN	vag, nedeterminat	meditare	plan formulat	Scrisori, note sau testament	Scrisori, note, testament, planificare in timp, metoda stabilita
METODA	Metoda nedeterminata	Medicamente, sectionarea venelor	Gaz metan, accident	Spanzurare, aruncare de la inaltime	Arme de foc
POSESIE DE MIJLOACE	Nu dispune de mijloace de suicid	Le poate dobandi usor	Este pe cale sa le dobandeasca	Mijloacele sunt la indemana subiectului	Mijloacele sunt in mana subiectului
PLANIFICARE IN TIMP	Nu are nici o planificare in timp	Planificare vaga in cateva saptamani	Data este aleasa, intr-o saptamana	Planificare pentru ziua de azi	Plan in desfasurare
INCERECARI ANTERIOARE	Nici o incercare de suicid	1 sau 2 tentative	Istorie de mai multe amenintari sau tentative de suicid	Istorie de amenintari sau tentative letale de suicid	Mai multe de 3 tentative serioase de suicid
DEPRESIE	Usoara tristete sau descurajare	Depresie usoara	Depresie cronica	Depresie majora	Depresie majora, lipsa de speranta
PIERDERI RECENTE	Nu exista un stress specific sau pierdere	Un conflict sau pierdere minora	Mai multi stressori	Conflict sau pierdere majora	Mai multe pierderi sau schimbari semnificative
STARE SANATATE	Sanatate fizica	Tulburari tranzitorii	Dizabilitate sau probleme fizice cronice	Boli sau dizabilitati severe; diagnostic recent	Boli terminale; diagnostic recent
IZOLARE	Exista relatii suportive multiple	Nu locuieste singur	Putine relatii	Este singur acasa, nu are ajutor la indemana	Este singur si izolat
CO-MORBIDITATE	Nu exista indicatori de predictie a suicidului	Un predictor	Mai mult de un predictor; comorbiditate prezenta	Existenta de predictori pentru o lunga perioada de timp	Vocatie suicidara

Predictori ai suicidului:

1 Tulburare depresiva, tulburari mentale

2 Alcoolism, abuz de droguri

3 Ideatie suicidara, notificari suicidare

4 Tentative anterioare de suicid

5 Posesie de mijloace letale

6 Izolare, existenta singulara, lipsa de suport

7 Lipsa de speranta, rigiditate cognitiva

8 Barbati invarsta

9 Suicid sau model suicidar in familie, genetica

10 Probleme la locul de munca, probleme economice

11 Probleme familiale, familie patologica

12 Stress, evenimente de viata

13 Manie, agresiune, iritabilitate

14 Boli fizice

15 Comorbiditate sau aparitia concomitenta cu factori mentionati mai sus (1-14)

Foaie de evaluare a suicidului:

Pacient: _______________________________data de nastere___________varsta_____

Da/Nu Solicitare pentru evaluare de suicid?

Da/Nu Pacientul recunoaste prezenta ideatiei suicidare?

Ideatie suicidara curenta____

- frecventa gandurilor suicidare: ____
- intensitatea gandurilor suicidare: ____
- durata gandurilor suicidare: ____

Da/Nu Plan de suicid? Arma de foc/spanzurare/cutit/otravire/altele________________

Da/Nu Acces la mijoace de suicid? ____

Da/Nu Comportament preparatoriu?_______________________________________

Da/Nu Amenintare recenta de suicid?______________________________________

Da/Nu Comportament de suicid recent? ____________________________________

Da/Nu Incercare recenta de suicid? Cu ranire? Fara ranire? ______________________

Da/Nu Comportament de risc mare de suicid?_______________________________

EVALUAREA FACTORILOR DE RISC

Da/Nu Istorie familiala de suicid/prieten cu suicid?___________________________

Da/Nu Istorie de incercari de suicid?______________________________________

Da/Nu Abuz de alcool/substante?____

Da/Nu Stressori multipli? ____

Da/Nu Impulsivitate? ____

Da/Nu Probleme de sanatate?____

Da/Nu Psihopatologie? (Tulburari de dispozitie/tulburari de gandire/tulburari de personalitate) ____

Data______________________ Numele clinicianului: __________________________

EVALUAREA SEVERITATII TENDINTEI SUICIDARE

Evaluarea se face in functie de cum se simte/gandeste subiectul in acest moment.

1. **Evalueaza durerea PSIHOLOGICA (sentimentul de a fi ranit, suferinta, necazul si nu durerea fizica sau stresul)**

Grad mic	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**Grad mare**

2. **Evalueaza STRESSUL (sentimente generale de a fi tensionat, coplesit)**

Grad mic	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**Grad mare**

3. **Evalueaza AGITATIA (senzatie de a actiona urgent)**

Grad mic	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**Grad mare**

4. **Evalueaza sentimentul de LIPSA DE SPERANTA (credinta ca lucrurile nu vor merge bine indiferent ce ai face)**

Grad mic	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**Grad mare**

5. **Evalueaza AUTO-BLAMAREA (sentiment de critica fata de propria persoana, stima de sine scazuta si lipsa de auto-respect)**

Grad mic	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**Grad mare**

6. **Evalueaza gradul general de RISC DE SUICID**

Grad mic	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**Grad mare**

Clientul este de acord cu planul de siguranta formulat **Da/Nu**

Abilitatea de a ramane in siguranta in comunitate **Da/Nu**

Pericol clar si iminent de suicid **Da/Nu**

Planul de siguranta: ____

____

____

Data:____________________Clientul:________________Clinicianul:________________

Anexa Nr. 4

SCALA COLUMBIA DE SEVERITATE A RISCULUI SUICIDAR

- evaluarea riscului suicidar -

Instructiuni: Bifeaza toti factorii de risc si protectivi. Se recomanda sa fie completata dupa interviul cu pacientul, dupa evaluarea statusului mental al pacientului si dupa culegerea altor data de la familie si alti informanti			
Comportament suicidar sau auto-vatamator (ultima saptamana)		**Statut clinic (recent)**	
□	Tentativa actuala de suicid	□	Lipsa de speranta
□	Tentativa intrerupta de suicid	□	Episod depresiv major
□	Tentativa intrerupta sau abortata	□	Episod afectiv mixt
□	Alte acte preparatorii pentru suicid	□	Halucinatii care comanda vatamarea corporala
□	Comportament auto-vatamator fara suicid	□	Comportament impulsiv sever
Ideatie suicidara		□	Abuz sau dependenta de substante
□	Dorinta de a fi mort	□	Agitatie sau anxietate severa
□	Ganduri suicidare	□	Perceptie de povara pentru familie sau altii
□	Ganduri suicidare cu metoda dar fara plan sau intentie	□	Durere fizica cronica sau alte probleme medicale acute inclusiv cancer
□	Intentie de suicid (fara un plan specific)	□	Ideatie homicidara
□	Intentie de suicid cu un plan specific	□	Comportament agresiv fata de altii
Evenimente precipitante		□	Metoda de suicid disponibila
□	Pierdere recenta sau evenimente negative majore	□	Refuza sau nu agreiaza planul de siguranta
□	Descrie:	□	Istorie de abuz sexual
		□	Istorie familiala de suicid
□	Nu are adapost sau asteapta sa fie inchis	**Factori protectivi (recenti)**	
□	Izolare sociala sau sentiment de singuratate	□	Identifica ratiuni pentru a trai
Istorie medicala		□	Are responsabilitate pentru familie sau altii
□	Diagnostice si tratamente anterioare psihiatrice	□	Familie sau retea suportiva sociala
□	Lipsa de incredere in tratament	□	Frica de moarte, de durere sau suferinta
□	Refuza tratamentul	□	Credinta ca suicidul este imoral, spiritualitate
□	Nu primeste tratament	□	Angajament in munca sau scoala
Alti factori de risc		**Alti factori protectivi**	
□		□	
Descrie orice comportament suicidar, auto-vatamator sau agresiv:			

SCALA COLUMBIA DE SEVERITATE A RISCULUI SUICIDAR		
DEFINITIILE IDEATIEI SUICIDARE	Ultima saptamana	In timpul vietii
Dorinta de a muri: Subiectul prezinta dorinta de a fi mort sau de a nu mai fi sau dorinta de a adormi si a nu se mai trezi. ***Ati dori sa nu mai traiti sau ati dori sa nu va mai treziti?*** Daca da, descrie:		
Ganduri suicidare: Ganduri generale, nespecifice de a-si curma viata/ de a comite un suicid, ("*Ma gandesc sa ma omor*") fara a avea ganduri specifice referitor la metoda, intentie sau plan. ***Intradevar aveti ganduri de a va curma viata?*** Daca da, descrie:		
Ganduri suicidare cu metoda (fara plan spefic sau intentie de a actiona): Subiectul prezinta ganduri de suicid si are in gand cel putin o metoda de suicid. Aceasta este diferit de cazul cand subiectul are un plan specific, un timp anumit si o metoda detaliata. ("*Ma gandesc sa iau pastile dar nu stiu inca de care si ate, cand si unde o voi face…daca o voi face, nu sunt decis…"*) ***V-ati gandit cum ati putea sa va curmati viata?*** Daca da, descrie:		
Intentie suicidara (fara plan specific): Ganduri suicidare active si subiectul raporteaza ca are ceva intentie sa actioneze conform acestora dar inca poate sa le controleze, ("*Am ganduri dar in mod cert nu voi face nimic conform lor*.") ***Ati avut ganduri de suicid si ceva intentie de a actiona conform lor?*** Daca da, descrie:		
Intentie suicidara cu plan specific: Ganduri de suicid cu plan detaliat, persoana are ceva intentie de a-l duce la indeplinire. ***Ati inceput sa va ganditi serios la detaliile prin care ati vrea sa va omarati? Aveti intentia de a duce la indeplinire acest plan?*** Daca da, descrie:		
Daca ideatia suicidara este prezenta in vreun grad atunci evaluati intensitatea la nivelul cel mai serios al ideatiei:	Ultima saptamana	In timpul vietii
Frecventa: ***Aveti astfel de ganduri in mod uzual?De cate ori ati avut astfel de ganduri in ultima saptamana?*** (1) Mai putin de odata; (2) Odata pe saptamana; (3) 2-5 ori pe saptamana; (4) Zilnic sau aproape zilnic; (5) de mai multe ori pe zi.		

Durata: ***Cand aveti aceste ganduri cat de mult dureaza?*** (1) Putine secunde sau minute; (4) 4-8 ore/aproape toata ziua (2) mai putin de o ora; (5) Mai multde 8 ore/persistente sau contine (3) 1-4 ore/mult;		
Controlabilitatea: ***Daca doriti ati putea sau puteti sa stopati gandurile de a va omara sau dorinta de a muri?*** (1) Usor controlabil; (4) Control cu mare dificultate; (2) Control cu putina dificultate; (5) Totala lipsa de control al gandurilor suicidare; (3) Control cu ceva dificultate; (0) Nu a incercat sa-si controleze gandurile.		
Exista lucruri – cineva sau ceva (de ex., famila, religia, durerea mortii) – care va opresc sa va ganditi sa va curmati viata sau sa actionati conform acestor ganduri? (1) Exista factori bine definiti care stopeaza incercarea de suicid; (2) Exista factori probabili care ar stopa/amana suicidul; (3) Incerta prezenta a astfel de factori; (4) Existanta putin probabila a factorilor de amanare/stopare; (5) In mod ceret acest factori nu intarzie sau opresc suicidul; (0) Nu se aplica.		
Ratiuni pentru ideatia de suicid: ***Ce motive aveti sa va ganditi la faptul ca ati putea sa va curmati viata?*** (1) Un mod de a atrage atentia, revansa sau reactie fata de altii; (2) In mod cert de a atrage atentia, obtine o revansa sau ca o reactie fata de altii; (3) In mod egal de a atrage atentia, revansa si reactie fata de altii; (4) In principal pentru a opri durerea (nu poti indura durerea sau sentimentele pe care le incerci); (5) Cu totul pentru a opri durerea (nu poti indura durerea sau sentimentele pe care le incerci); (0) Nu se aplica		
DEFINITIILE COMPORTAMENTULUI SUICIDAR	Ultima saptamana	In timpul vietii
Tentativa reala de suicid: Un act potential auto-vatamator comis cu dorinta de a muri ca rezultar al acestui act. Comportamentul a fost in parte gandit ca o metoda de a muri. Intentia nu a fost 100%. Daca exista vreo intentie/dorinta de a muri asociata cu acest act atunci el poate fi considerat ca o incercare reala de suicid. Nu trebuie sa existe vreo injurie sau vatamare ci potentialul pentru injurie si vatamare. Daca subiectul apasa pe tragaci cand tine pistolul in gura dar pistolul nu ia foc si nici o injurie nu se produce, aceasta este considerata o incercare reala de suicide. **Deducarea intentiei**: Chiar daca un individ neaga intentia/dorinta de a muri ea poate fi dedusa clinic din comportament si circumstante. De ex. un act letal care in mod clar nu este un accident astfel incat nici o alta intentie nu poate fi dedusa decat cea de suicid (de ex. caderea de la inaltime, impuscarea in cap). La fel, daca cineva neaga intentia de a muri, intentia poate fi dedusa dupa cat de letal este ceea ce a facut subiectul. ***Ati facut o incercare de suicid?*** ***Ati facut ceva care sa va raneasca?***		

Ati facut ceva periculos incat ati fi putut muri? ***Ce ati facut?*** ***Ati facut-o ca un mod de a va pune capat vietii?*** ***Ati dorit sa muriti cand ati facut aceasta?*** ***A fost o incercare de a muri cand ati facut aceasta?*** ***Ati gandit ca este posibil sa muriti cand ati facut aceasta?*** Daca da, descrie:		
Tentativa intrerupta: Atunci cand subiectul este interupt (de circumstante externe) de la initierea unui act potential auto-injurios (daca nu, tentative ar fi avut loc). Supradoza intrerupta: Subiectul are medicamentele in mana dar este oprit sa le inghita. Odata ce a inghitit doar o pastila si a fost interupt aceasta este o tentative chiar daca a fost intrerupta. Impuscarea intrerupta: Subiectul si-a indreptat arma inspre el dar arma a fost luate de altcineva si nu a mai putut apasa pe tragaci. Odata ca a apasat pe tragaci, chiar daca a eseuat sa traga, aceasta este o tentariva reala. Spanzurare: Subiectul si-a pus in jurul gatului o funie dar nu a strans-o din diferite motive care l-au oprit. ***A fost un moment cand ati inceput sa faceti ceva care sa va ia viata dar cineva sau ceva v-a optit sa o faceti?*** Daca da, descrie:		
Tentativa auto-intrerupta sau abortata: Cand subiectul a inceput preparativele pentru a face o tentative de suicide dar s-a stopat inainte de a se angaja in orice fel de comportament auto-destructiv. Examplele sunt similare cu cele din tentativele intrerupte cu exceptia ca individual se stopeaza singur in loc de a fi stopat de altii. ***A exista un moment cand ati inceput sa faceti ceva ca sa va luati viata dar v-ati oprit inainte de a face ceva efectiv?*** Daca da, descrie:		
Alte acte sau comportamente preparatorii: Acte sau preparative pentru o tentative iminenta de suicid. Aceasta poate include orice in afara de verbalizare sau ganduri, precum procurarea de metode specifice (de ex. cumpararea de medicamente, procurarea unei arme) sau pregatirea lui insusi pentru siicid (de ex. scrierea unei scrisori, punerea lucrurilor in ordine). ***Ati intreprins ceva pasi spre a face o incercare de suicid sau sa ve pregatiti pentru a va sinucide (precum sa cumparati pastile, sa obtineti o arma, sa faceti cadou lucrurile Dvs, sa scrieti o scrisoare de adio)?*** Daca da, descrie:		
Comportament auto-desctuctiv fara intentie de suicid: Acte de auto-vatamare dar nu exista nici o evidenta ca persoana a intentionat sa se sinucida si persoana a intentionat doar sa-si produca o vatamare pentru alte motive. ***Ati facut (numiti comportamentul) doar pentru alte motive in afara oircaror intentii de a va pune capat zilelor (precum a va elibera de stress, sa va simtiti mai bine, sa obtineti simpatie, etc.)?*** Daca da, descrie:		

Evaluarea letalitatii numai pentru incercarile de suicid	Ultima saptamana	In timpul vietii
<u>Vatamare fizica reala</u>: 0 = Nici una sau minora (precum zgarieturi superficiale); 1 = Minora (precum sangerare usoara, arsura de gradul 1); 2 = Moderata, solicita atentie medicala (arsura de gradul 2, sangerarea unui vas de sange important): 3 = Moderat severa, solicita spitalizare (precum stare comatoasa cu reflexele pastrate, arsura de gradul trei pe mai putin de 20% suprafata, hemoragie extensive dar cu semen vitale stabile, fracturi importante); 4 = Severa, necesita ingrijire medicala intensiva (precu, stare comatoasa fara reflexe, arsura gradul 3 peste 20% suprafata, hemoragie importanta cu semne vitale instabile, daune majore ale organelor interne); 5 = Deces probabil in ciuda ingrijirii medicale.		
Daca vatamarea fizica = 0, evalueaza <u>potentialul</u> pentru vatamarea fizica: 0 = Comportament improbabil sa conduca la injurii; 1 = Comportament probabil sa conduca la injurii dar improbabil sa cauzeze deces; 2 = Comportament probabil sa conduca la deces in ciuda ingrijirii medicale. Exemple: Punerea tevii unei arme in gura, apasarea pe tragaci dar arma nu se descarca.		

Anexa Nr. 5

CHECKLIST DE EVALUARE A SUICIDULUI ROGERS

Acest checklist trebuie utilizat in conjunctie cu interviul clinic liber si cu datele istorice obtinute de la subiect si de la alti informanti. El nu intentioneaza sa faca o predictie dar scorul mare coreleaza semnificativ cu riscul crescut de suicid.

Numele subiectului __________________________Vrasta_______ Sexul M/F

PARTEA I-A: EVALUAREA RISCULUI SUICIDAR: Incercuieste itemii care se potrivesc cu situatia subiectului aflat in evaluare si fa scorul total prin adunarea scorului fiecarui item in parte aflat intre paranteze.

CLIENTUL ARE UN PLAN DEFINIT: **DA (6)**

ISTORIE PSIHIATRICA: **DA (4)**

CLIENTUL ARE UN PLAN DEFINIT
ARMA DE FOC (10)
SUFOCARE CU OXID DE CARBON DE LA MASINA (7)
SPANZURARE (9)
INECARE (6)
SUFOCARE (6)
ARUNCARE DE LA INALTIME (5)
MEDICAMENTE/OTRAVURI (6)
TAIERE CU CUTITUL (3)
ALTELE (3) _______________

METODA ESTE DISPONIBILA **DA (5)**

SUPRAVIETUITOR AL UNUI SUICID **DA (6)**

EFECTUAREA DE PREPARATIVE FINALE **DA (6)**

TENTATIVE ANTERIOARE **DA (5)**

NOTA/SCRISOARE DESPRE SUICID **DA (6)**

CONSUM DE ALCOOL/DROGURI **DA (5)**

BARBAT 15-35 SAU MAI BATRAN DE 65 **DA (5)**

PREZENTA DE COPII CARE DEPIND DE SUBIECT **DA (-4)**

STATUT MARITAL	**SINGUR**	**DA (3)**
	CASATORIT	**DA (2)**
	DIVORTAT	**DA (5)**
	SEPARAT	**DA (5)**
	VADUV	**DA (5)**

SCOR TOTAL PARTEA I-A: ___________

PARTEA II-A: FACTORI FAVORIZANTI AI SUICIDULUI Conform interviului efectuat evalueaza impresia despre statutul clientului pentru fiecare din itemii urmatori. Incercuieste scorul
fiecarui item si fa la urma scorul total

Itemul	**DE LOC**				**EXTREM**
Sentiment de lipsa de valoare	1	2	3	4	5
Sentiment de lipsa de speranta	1	2	3	4	5
Izolare sociala	1	2	3	4	5
Depresie	1	2	3	4	5
Impulsivitate	1	2	3	4	5
Ostilitate	1	2	3	4	5
Intentie de a muri	1	2	3	4	5
Prezenta factorilor stressanti	1	2	3	4	5
Prezenta perspectivei de viitor	5	4	3	2	1

SCORUL TOTAL PARTEA II-A: _______ SCORUL TOTAL (I + II): _______________

SUBIECTUL SE ANGAJEAZA IN FORMULAREA UNUI PLAN DE SIGURANTA (NON-SUICID) E CAZUL **DA NU NU**

LUAND IN CONSIDERARE TOATE INFORMATIILE DISPONIBILE INDICA RISCUL SUBIECTULUI PE SCARA:

Risc scazut 1 2 3 4 5 Risc crescut

Anexa Nr. 6

MODEL DE PLAN DE SIGURANTA:

PLANUL MEU DE SIGURANTA
Daca ai idei de suicid incepe cu primul pas. Treci prin toti pasi pana ce te simti in siguranta. AMINTESTE-TI: Gandurile suicidare pot fi foarte puternice dar ele nu tin mult. Cu un ajutor adecvat si cu rabdare acestea trec. Cand au trecut foloseste energia sa pui in ordine problemele, sa incereci sa le rezolvi ceea ce va contribui sa te simti mai bine. Pierderea sperantei nu este pentru totdeauna. Important este sa sti ca ai unde sa ceri ajutor. Tine acest plan cu tine ca sa poti sa te uiti la el atunci cand ti-e greu, sa-ti reamintesta ca nu esti singur si sa urmezi sugestiile din plan.
1. Fa urmatoarele activitati care sa te calmeze si sa te relaxeze:
2. Amineste-ti urmatoarele motive sa ramai in viata:
3. Telefoneaza unei rude sau unui prieten ca sa nu te simti singur: Nume telefon Nume telefon Nume telefon Nume telefon
4. **Telefoneaza cand ai nevoie de ajutor**: Nume telefon Nume telefon Nume telefon Nume telefon
5. **Solicita ajutorul persoanelor de ingrijire pe care le cunosti sau au competenta:** - Medic de familie telefon - Sora de teren telefon - Asistent social telefon - Terapist/consilier telefon
6. Telefoneaza la linia de criza sa te ajute sa depasesti gandurile de suicid: telefon
7. **Cand te simti amenintat de gandurile de suicid apeleaza la**: - Camera de Garda a Spitalului…. Adresa telefon
8. In iminenta de suicid telefoneaza la: - serviciul de urgenta 211 - Politie telefon

Bibliografie selectiva:

Ashworth, J (2001): Practice principles: a guide for mental health clinicians working with suicidal children and youth, British Columbia, Ministry of Children and Family Development.

American Psychiatric Association (2003): Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors: http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/suicidalbehavior_05-15-06.pdf

Beck AT, Kovacs M, Weissman A (1979): Assessment of Suicidal Intention: The Scale for Suicide Ideation, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47(2):343-352

Beck AT, Schuyler D, Herman I (1974): Development of suicidal intent scales. In AT Beck, HLP Resnik and DJ Lettieri (Eds.): The prediction of suicide. Bowie, MD: Charles Press.

Beck AT, Steer RA (1988): Manual for the Beck Hopelessness Scale. San Antonio, Tex: Psychological Corporation.

Bonner RL (1990): A “m.a.p.” to the clinical assessment of suicide risk, Journal of Mental Health Counseling, 12: 232-236.

Brown GK (2003): A Review of Suicide Assessment Measures for Intervention Research with Adults and Older Adults, Philadelphia, Pennsylvania, unpublished manuscript.

Bryan CJ, Rudd MD (2006): Advances in the Assessment of Suicide Risk, Journal of Clinical Psychology: in session 62(2): 185–200.

Callahan J (1994): Defining crisis and emergency, Crisis, 15:164-171.

Chiles JA, Strosahl KD (2005): Clinical Manual for Assessment and Treatment of Suicidal Patients, American Psychiatric Publishing, Inc. London, England.

Comstock CM (1991): Countertransference and the suicidal MPD patient, Disociation, 4(1): 25-35

Davies J (2003): A Manual of Mental Health Care in General Practice, Commonwealth Department of Health and Aged Care, Mental Health and Special Programs Branch, Canberra, Australia.

Duberstein P, Conwell Y (1997): Personality disorders and completed suicide: A methodological and conceptual review, Clinical Psychology: Science and Practice, 4:359-376.

Fiske H (1998): Applications of solution focused therapy in suicide prevention. In D Deleo, A Schmidtke and R Diekstra (Eds.), Suicide prevention: A holistic approach. Dordrecht, Netherlands: Kluwer.

Frierson RL (2007): The suicidal patient: Risk assessment, management and documentation, Psychiatric Times, 24: 29-34.

Granello DH (2007): A suicide crisis intervention model with 25 practica strategies for implementation, JourAL OF MENTAL Health Counseling, 32(3):218-235.

Granello DH (2010): The process of suicide risk assessment: Twelve core principles, Journal of Counseling and Development, 88: 363-371.

Hoff, LA (1995): People in crisis: understanding and helping, 4th Ed. Jossey-Bass Publ. San Francisco, CA

Jacobs D (2007): Patient safety goals on suicide, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), Wellesley Hills, MA.

Jacobs DG, Baldessarini RJ, Conwell Y et al (2003): Prfactice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors, APA Practice Guidelines, Washington, DC.

Jacobs D, Brewer M (2004): APA practice guideline provides recommendations for assessing and treating patients with suicidal behaviors, Psychiatric Annals, 345:373-380.

Joiner TE, Walker RL, Rudd MD, Jobes DA (1999): Scientizing and routinizing the assessment of suicidality in out-patient practice. Professional Psychology: Research and Practice, 30:447-453.

Joiner TE Jr, Van Orden KA, Witte TK, Rudd MD (2009): The Interpersonal Theory of Suicide: Guidance for Working With Suicidal Clients. Washington, DC: American Psychological Association.

Kessler RC, Borges G, Walters EE (1999): Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Co-morbidity Survey. Archives of General Psychiatry 56:617-626.

Kleespies PM, Deleppo JD, Gallagher PL, Niles BL (1999): Managing suicidal emergencies: recommendation for the practitioner, Professional Psychology; Research and Practice, 30(5): 454-463.

Linehan MM (1981): Suicidal behaviors questionnaire. Unpublished inventory. University of Washington, Seattle, Washington.

Linehan MM (1996): Suicidal Behaviors Questionnaire (SBQ). Unpublished manuscript. Department of Psychology, University of Washington, Seattle, WA.

Linehan MM, Goodstein JL, Nielsen SL, Chiles JA (1983): Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51(2): 276-286.

Linehan M (1993): Skills Manual for Treating Borderline Personality Disorder. New York: Guilford.

Maltsberger JT, Buie DH (1974): Countertransference Hate in the Treatment of Suicidal Patients, Archive of General Psychiatry, 30(5):625-633.

Maris RW (2001): Intrudction, Suicide and Life Threatening Behavior, 21(1): 1-17..

Meichenbaum D (2005): 35 Years of working with suicidal patients: Lessons learned. Canadian Psychologist, 46: 64-72.

Meichenbaum D (2007): 35 years of working with suicidal patients: lessons learned, www.melissainstitute.org/documents/35_Years_**Suicidal**_Patients.pdf

Mental Health and Drug and Alcohol Office (2009): Mental Health for Emergency Departments – A Reference Guide. NSW Department of Health, Sydney, Australia.

Miller LW, Norman WH, Bishop SB, Dow MG (1986): The Modified Scale for Suicide Ideation: Reliability and validity. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54(5): 724-725.

Miller WR, Rollnick S (2002): Motivational interviewing: Preparing people to change, New York: Guilford.

Millman J, Strike DM, Van Soest N, Schmidt E (1998): Talking with a caller: Guidelines for crisis and other volunteer counselors, Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

New Zealand Guidelines Group (NZGG) and Ministry of Health (2003): The assessment and management of people at risc of suicide For Emergency Departments and Mental Health Service Acute Assessment Settings, Wellington, New Zealand.

O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman MM (1996): Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. Suicide and Life-Threatening Behavior, 26:237-252.

Osman A, Kopper BA, Barrios FX, Osman JR et al (1996): The Brief Reasons for Living Inventory for Adolescents (BRFL-A), Journal of Abnormal Child Psychology, 24(4): 433-444.

Perlman CM, Neufeld E, Martin L, Goy M, Hirdes JP (2011); Suicide risk assessment inventory: A resource guide for Canadian health care organizations, Toronto, ON: Ontario Hospital Association and Canadian Patient Safety Institute.

Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA et al. (2011): The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults, American Journal of Psychiatry, 168:266 –1277.

Posner K, Brent D, Lucas C, Gould M et al (2008): Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS), New York, NY: The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc.

Quinnett PG (2000): Counseling suicidal people: A therapy of hope. Spokane WA: The QPR Institute, Inc.

Rich C, Fowler R, Fogarty L, Young D (1988): San Diego suicide study: III. Relationship between diagnoses and stressors, Archive of general Psychiatry, 45: 589-592.

Richard B (2000): Impact upon therapy and the therapist when working with suicidal patients: Some transference and countertransference aspects, British Journal of Guidance and counseling, 28:325-337.

Risk Management Foundation of the Harvard Medical Institutions (1996): Guidelines for Identification, Assessment, and Treatment Planning for Suicidality, Cambridge, Massachusetts.

Roberts AR (Ed.). (2000). Crisis intervention handbook: Assessment, treatment and research. New York: Oxford University Press

Roberts AR, Yeager KR (2009): Pocket guide to crisis intervention, Oxford University Press, New York.

Rogers JR, Alexander RA, Subich LM (1994): Development and psychometric analysis of the Suicide Assessment Checklist, Journal of mental health Counselling, 16: 352-368.

Rogers JR, Gueulette CM, Abbey-Hines J, et al (2001): Rational suicide: An empirical investigation of counselor attitudes, Journal of Counseling and Development, 79:365-372.

Rogers JR, Lewis MM, Subich LM (2002): Validity of the Suicide Assessment Checklist in an emergency crisis center, Journal of Counseling and Development, 80: 493-502.

Rudd, MD (1998): An integrative conceptual and organizational framework for treating suicidal behavior. Psychotherapy, 35:346-360.

Rudd MD, Joiner TE (1998): The assessment management and treatment of suicidality: Towards clinically informed and balanced standards of care. Clinical Psychology: Science and Practice, 5:135-150.

Rudd MD, Berman AL, Joiner TE et al (2006): Warning signs for suicide: Theory, research, and clinical application, Suicide and Life Threatening Behaviour, 36:255-262.

Rudd, M. D. & Joiner, T. E. (1998a). The assessment management and treatment of suicidality: Towards clinically informed and balanced standards of care. Clinical Psychology: Science and Practice, 5, 135-150.

Sanchez H (2001): Risk factor model for suicide assessment and intervention. Professional Psychology and Practice, 32: 352-358.

Shneidman E (1992): A conspectus for conceptualizing the suicidal scenario. In R Maris, A Berman, J Maltsberger and R Yufit (Eds.), Assessment and prediction of suicide. New York: Guilford Press,

Shneidman E (1993): Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behaviour.
Northvale, NJ: Jason Aronson.

Schwartz RC, Rogers JR (2004): Suicide assessment and evaluation strategies: a primer for counseling psychologists, Counselling Psychology Quarterly, 17(1): 89–97.

Shea SC (1998): The chronological assessment of suicide events: a practical interviewing strategy for
eliciting suicidal ideation. Journal of Clinical Psychiatry, 59(suppl 20):58-72.

Shea SC (2002): The Practical Art of Suicide Assessment: A Guide for Mental Health Professionals and
Substance Abuse Counselors. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Shea SC (2004): The delicate art of eliciting suicidal ideation. Psychiatric Annals, 34:385-400.

Shea SC (2009): Suicide Assessment, Part 1: Uncovering Suicidal IntentA Sophisticated Art, psychiatric Times, 26(12): 1-6.

Stillion JM, McDowell EE (1996): Sucide across the lifespan: Premature exits (2nd ed.) Washuington, DC; Taylor & Francis.

Suicide Information and Education Centre (SIEC):
Available at http://www.suicideinfo.ca/csp/assets/feature3.pdf

Westefeld JS, Range LM, Maples MR et al (2000): Suicide: An overview, The Counseling Psychologist, 28: 445-510.

World Health Organization, Department of Mental Health (2000): Preventing suicide: A resource for primary health care workers, Geneva.

2. Particularitatile crizei suicidare la copii si adolescenti

Prevalenta suicidului la copii si adolescenti este mai mica decat in alte grupe de varsta dar aceasta se pare ca este doar un artifact datorita conceptiei gresite despre incapacitatea copilului de a face un plan de suicid si a-l duce pana la capat si a distorsiunilor in expresia suicidalitatii la copii. Suicidiul este a 6-a cauza de deces la grupa de varsta 5-14 ani si a treia cauza de deces la grupa de varsta 15-24 ani in SUA (US Center of Disease Control, 2008). Intre 1960 si 1990 rata suicidului la tinerii cuprinsi intre 15-19 ani a crescut de trei ori ca apoi sa mai scada in urmatorul deceniu ca apoi sa creasca din nou dupa anul 2000. Copii si adolescentii scriu mai rar scrisori de adio au alte notificari asupra iminentei de suicid, iar letalitatea metodelor alese este destul de mare. Se considera ca accesul crescut la mediile de informare, la internet si retelele de socializare au contribuit la aceasta crestere (Bridge si colab. 2008). Baietii de sex masculin, cuprinsi intre 10 si 24 ani au o rata de suicid semnificativ mai mare decat fetele de aceiasi varsta, in schimb fetele raporteaza mai des ideatiei suicidara si fac tentative de suicide mai frecvent (National Adolescent Health Information Center, 2006). Tulburarile afective asociate, consumul de alcool si droguri, problemele de identitate sexuala, problemele de dezvoltare a personalitatii, factorii familiali si cei socio-economici sunt printre cei mai importanti factori de risc pentru suicid la copii si adolescenti (Weller si colab. 2001).

Viziunea asupra suicidului la copii si adolescenti este fragmentata in diverse discipline si interpretari ceea ce faca ca clinicianul din prima linie, cel pus sa evalueze si sa raspunda rapid la criza suicidara a tanarului sa nu posede un model teoretic coerent pe baza caruia sa-si fundamenteze interventiile. Totusi, de-a lungul anilor, s-au coagulat o serie de date privind factorii de risc, fctorii protectivi si factorii de alarma ai suicidului la tineri. Astfel, s-a constatat ca extrem de rar copii sau adolescentii comit un suicid fara sa emita anumite semnale de alarma, ca un fel de bec rosu care anunta ceea ce o sa urmeze. Comportamentul suicidar la tineri este urmare a dezechilibrului dintre factorii protectivi si cei de risc si urmarirea ponderii acestor factori poate reprezenta un indicator de care sa tina seama cei ce se ingrijesc de siguranta lui. Factori de risc sunt acei factori care conduc sau sunt asociati cu comportamentul suicidar iar factori protectivi sunt aceia care reduc

probabilitatea suicidului si cresc rezilienta individuala. Semnele de alarma sunt modalitatile directe sau indirecte prin care un subiect comunica altora intentia sa de suicid.

Unii autori au conceput diverse modele de explicare a suicidului la copii si adolescenti precum modelul care pun acceptul pe tulburarile psihopatologice preexistente (Brent si Perper, 1995) sau cel care se bazeaza pe raspunsul cultural la amenintari si conditii sociale neprielnice (Chandler si Lalonde, 1998). Rudd si Joiner (1998) integreaza multiplele fatete ale suicidului si concep un model explicativ complex care ia in considerare factorii socioculturali, psihopatologici, biologici si psihologici si sugereaza ca suicidul este expresia felului cum un tanar traieste necazul si a capacitata lui de a-l tolera.

Stallion si McDowell (1996) propun modelul "traectoriei suicidului", un model care priveste factorii de risc si factori precipitanti ai suicidului ca expresie a ideatiei suicidare de-a lungul stadiilor de dezvoltare a copilului si adolescentului. Ei impart factorii de risc pentru suicid in patru categorii si discuta separat ponderea lor de-alungul dezvoltarii:

- *Factori de risc biologici*: impulsivitate crescuta la copii prin lipsa mecanismelor de supresie ceea ce conduce la acte suicidare fara prea multa planificare, incidenta suicidului crescand cu varsta ca sa junga la un varf in jurul varstei de 14 ani;
- *Factori de risc psihologici*: autorii remarca frecventa crescuta a sentimentelor de inferioritate, a stimei de sine scazuta, neajutorare, deziluzie, frica de rejectie si abandon la copii si adolescenti; acestia au putine abilitati de a depasi greutatile si in mod obisnuit internalizeaza factorii stresanti. Dupa Poland si Lieberman (2005) peste 90% din indivizii care se angajeaza in comportamente suicidare au o tulburare psihiatrica sau o istorie de tulburari psihiatrice. Printre acestea depresia, anxietate, tulburarea bipolara si schizophrenia sunt cele mai importante. La acestea trebuie adaugata vulnerabilitatea mare pe care o creiaza consumul de droguri si alcool.
- *Factori de risc cognitivi:* printe factorii cognitivi cei mai importanti sunt mentionati viziunea distorsionata sau lipsa de intelegere a naturii mortii si vietii, o gandire simplista asupra consecintelor actelor proprii si o incapacitate de gandire rationala;
- *Factorii de risc de mediu* cuprind pierderea unei persoane de atasament devreme in viata, nivel scazut de suport parental, conflict parental, structura familiala haotica sau inflexibila, prezenta de abuz fizic, emotional si/sau sexual si comportament suicidar la parinti.

Kalafat si Lazarus (2002) intocmesc o lista cu factorii de risc pentru suicid la copii si adolescenti, factori care-i impart in cei care apartin subiectului si cei care apartin familiei (Tabelul Nr. 1).

Factori de risc apartinand copilului/adolescentului: - incercari anterioare de suicid - ideatie suicidara curenta (ganduri de suicid), intentie si plan de suicid - tulburare mentala, in special tulburari ale dispozitiei (depresie, distimie, tulburare bipolara) si tulburari care duc la scaderea contorului impulsurilor si tulburari de comportament - tulburare de comportament, in special tulburarea marginala de personalitate - concomitenta consumului de alcool/droguri - sentimente de lipsa de speranta si de ajutor - impulsivitate si/sau tendinte agresive - tulburari de identitate sexuala sau homosexualitate - izolare, sentimente de rejectie - lipsa de abilitate de coping si de rezolvare a problemelor - credinte culturale sau religioase – de ex. suicidul este o rezolvare nobila a problemelor
Factori de risc apartinand familiei sau ambiantei: - acces usor la arme si alte mijloace letale - expunere la suicid in familie sau istorie de suicid in familie - influenta persoanelor semnificative – membrii de familie, prieteni, celebritati care s-au sinucis - "epidemie' locala de suicid, contagiozitate a ideilor de suicid - influenta nefasta a mediilor de informatie - bariere in accesul la tratamentul pentru probleme psihologice/psihiatrice

Tabelul Nr. 1: Factorii de risc pentru suicid la copii si/sau adolescenti (dupa Kalafat si Lazarus, 2002, McConaughy, 2005)

La toti acestia se mai pot adauga factorii situationali precipitanti pentru tineri in general si pentru copilul mic in special (Cunningham, 2010). Pentru tineri in general, factorii situationali se pot imparti in mai multe categorii: i) pierdere (moartea cuiva drag, pierderea familiaritatii ambientale prin mutarea cu familia in alt loc, pierderea prietenilor si izolare sociala, rejectie, despartire de cineva drag); ii) evenimente de viata stresante (lipsuri materiale, separare/despartire, probleme cu orientarea sexuala, esecuri scolare); iii) probleme familiale (violenta familiala, certuri cu parintii, abuz, lipsa de suport familial); iv) suicidul altora (expunerea la suicidul unui prieten, discutii despre suicid pe retelele de socializare, indemnul de suicid). Pe lange factorii mentionati mai sus, pentru copilul scolar este important

si prezenta depresiei, impulsivitatii, abuzului, schimbarea rolului in familie, probleme cronice de sanatate, rejectia, abandonul si lipsa modelului parental (Greening si colab. 2008).

La fel ca in cazul adultului, copilul si adolescentul prezinta si factori protectivi fata de ideatia suicidara, acestia fiind factori opusi factorilor de risc si conduc la micsorarea probabilitatii suicidului si la cresterea rezilientei individuale. Conform Departamentului Sanatatii al SUA (US-DHHD, 2001) cea mai buna protectie impotriva suicidului pentru copii este o ingrijire adecvata a problemelor lor de sanatate fizica si psihica, o protectie impotriva consumului de alcool si droguri, un acces facil in sectorul de ingrijire si incurajarea comportamentului de cautare a ajutorului atunci cand exista nevoia acestuia. In Tabelul Nr. 2 se prezinta o lista succinta cu factorii protectivi ai suicidului pentru copii si adolescenti.

Factori interpersonali:	**Factori individuali:**
- legatura puternica cu familia	- abilitati de rezolvare a problemelor
- comunicare verbala deschisa	- abilitati de rezolutie a conflictelor
- implicarea parentala	- stima de sine adecvata
- retea sociala adecvata (colegi, prieteni, adulti)	- abilitati generale de coping
- religiozitate/spiritualitate	**Factori specifici copiilor:**
Lipsa de acces la arme de foc:	- control parental
- absenta de arme de foc in familie	- atmosfera familiala protectiva si suportiva
	- coeziune familiala

Tabelul Nr. 2: Factorii protectivi pentru suicid la copii si adolescenti (modificat dupa Cunningham, 2010)

Identificarea timpurie a semnelor de alarma a suicidului trebuie sa stea atat in focusul lucratorului in criza cat si a familiei copilului si adolescentului. Majoritatea acestor semne premonitorii apartin modului in care tanarul exprima necazul si frustrarea. Dupa Stoelb si Chiriboga (1998) suicidul copilului si adolescentului este un fenomen complex determinat de factori multipli care se intersecteaza intr-un anume moment in viata tanarului si astfel de poate intelege de ce nu exista nu singur predictor al suicidului ci o combinatie de factori.In tabelul Nr. 3 se inventariaza semnele de alarma ale tendintei de suicid la copii si adolescenti (American Association of Suicidology, 2012) iar in Anexa Nr. 1 se prezinta o lista exhaustiva

a acestor semne de alarma conform Suicide Information and Education Center -SIEC, Canada (2005).

• Prezenta ideatiei sucidare
• Cautarea unui mijloc letal (arma de foc, otrava, medicamente)
• Voarbeste despre suicid, se intereseaza despre moduri de suicid
• Consum de alcool si/sau droguri
• Anxietate
• Lipsa de speranta, deziluzie
• Retragere sociala
• Manie
• Comportament disfunctional
• Afectivitate instabila

Tabelul Nr. 3: Factori de alarma ai suicidului la copii si adolescenti (American Association of Suicidology, 2012)

In interpretarea comportamentului de suicid la tineri, clinicianul trebuie sa tina seama de diferentele dintre copii si adolescenti. Cea mai importanta diferenta este de ordin cognitiv, respectiv in intelegerea deosebita a conceptului de moarte. Se descriu patru dimensiuni care deosebesc conceptul de moarte la copii fata de adolescenti si adulti: i) ireveribilitatea, ii) finalitatea, iii) univeresalitatea si iv) inevitabilitatea (Mishara, 1999 si Hunter si Smith, 2008). Pentru copii moartea este asemanatoare cu somnul, ei nu se gandesc la ireversibilitatea mortii si conceptual despre moarte este mai mult tributar povestilor si desenelor animate. Copii nu vad moartea ca un final al vietii si nici caracterul ei universal, in sensul ca nu toti trebuie sa moara in final si mai mult, ei considera ca moartea poate fi evitata. Conceptia lor despre moarte este magic-animista dupa care orice se poate anima si oricine poate invia. Ei captureaza intelesul suicidului foarte tarziu, atat din cauza ca parintii si scoala refuza sa comenteze despre aceasta, cat si pentru ca copii cred cu putere in viata, in speranta, in recuperare si in bine.

Evaluarea suicidului la copii si adolescenti presupune identificarea factorilor precipitanti, a factorilor de risc, a celor protectivi, a ideatiei suicidare, a planului si intentiei de suicid. Simultan, se angajeaza si interventia care inseamna mobilizarea resurselor diponibile (familie, scoala, comunitate), abordarea problemelor si nevoilor copilului, formualrea planului de siguranta, a contractului de siguranta si implicarea altor agentii specifice de protectie pentru copii si familiile lor, atunci cand e cazul.

Domeniile cheie ale evaluarii crizei suicidare la copii si adolescenti sunt:

- prezenta ideatiei suicidare si a comportamenului suicidar,
- istoria comportamentului suicidar;
- prezenta tulburarilor psihiatrice;
- existenta factorilor familiari stresanti sau protective;
- disponibilitatea mijloacelor letale.

Inainte de a evalua suicidalitatea la un copil, clinicianul trebuie sa se ancoreze intr-un model specific care sa includa recunoasterea dificultatile acestui demers, particularitatile specifice, posibilitatea de a ignora anumite aspecte care fac diferenta dintre evaluarea suicidului la adulti si copii precum limbajul si comunicarea diferite, formarea aliantei terapeutice, contratransferul, etc. Stoelb si Chiriboga (1998) propun un model al riscului de suicid la copii si adolescenti, model care poate ghida deciziile clinice ale lucratorului in criza. Modelul conduce la evaluarea a trei categorii de risc: i) factorii primari de risc care includ tulburarile afective, istoria de incercari de suicid si sentimentele de lipsa de speranta; ii) factorii secundari de risc care includ uzul de alcool si/sau droguri si tulburarile de personalitate; iii) factorii situationali de risc care includ functionarea familiei, relatiile sociale, expunerea la suicidul altora, probleme de orientare sexuali la care se adauga; iv) factori protectivi care includ factori individuali, familiali, sociali si comunitari. Luarea in considerare a acestor factori, in aceasta ierarhie, poate conduce la o evaluare corecta a riscului de suicide si la formularea unei interventii adecvate.

Barrio (2007), Jobes si colab. (2000) si Singer (2005) recomanda adoptarea la copii si adolescenti a modelul lui Roberts in 7 pasi (Roberts, 2000). Cei sapte pasi de evaluare si interventie sunt: 1) evaluarea situatiei de criza; 2) stabilirea raportului si a relatiei cu copilul; 3) identificarea problemelor majore si a factorilor precipitanti; 4) managementul emotiilor copilului; 5) explorarea si generarea alternativelor; 6) dezvoltarea si formularea unui plan de

siguranta si de protectie a copilului; 7) stabilirea planului de monitorizare si a contactelor de urmarire. Mai jos se prezinta secventa de evaluare si interventie asa cum o vede Barrio (2007):

1. Evaluarea situatiei de criza se face din primele momente ale contactului cu subiectul prin aprecierea contextului prin care copilul a fost adus in contact cu serviciul de criza. Wise si Spengler (1997) spunea ca "*evaluarea suicidului la copil este unul din cele mai grele sarcini diagnostice*". Problema care se pune in acest moment este cine a interpretat situatia respectiva ca o situatie de criza si cine a initiat prezentarea si apelarea programului de criza. De obicei, aceasta este facuta de parinti si/sau profesori sau alti adulti care au in grija copilul. Extrem de rar copilul solicita ajutor pentru ideatia suicidara, in schimb adolescentul o face mai frecvent.In aceasta faza se culeg informatii despre situatia care a generat apelarea la serviciul de criza, cine a initiat acest contact si pentru ce si se stabileste primul contact cu tanarul printr-o comunicare empatica care sa arate interesul si consideratia pentru persoana lui. Trebuie sa se partreze o balanta intre grija fata de siguranta lui si integritatea relatiei de incredere care se construieste cu lucratorul in criza, respectiv impartasirea informatiilor cu alte persoane responsabile (de ex..printi). Se poate incepe cu: "*sti de ce esti aici?", "ce s-a intamplat de te-a adus mama/profesorul/tutorele aici, de ce sunt ingrijorati?"*. De cele mai multe ori copilul raspunde: "*Nu stiu*". Lucratorul poate continua: "*Mi-a spus mama ta ca de o bucata de timp esti trist si abatut iar eu sunt aici sa te ajut*"… "*are mama ta dreptate sa fie ingrijorata?"… "se intampla ca uneoricopii sa fie tristi si retrasi iar familia vrea sa stie daca ei sunt in siguranta, daca nu au ganduri negre si nu vori sa se ranesca sau sa-si faca vreun rau"…"daca nu vrei sa vorbesti depre lucrul acesta este bine sa-mi spui acum decat sa-mi spui minciuni"…* In acest moment clinicianul poate sa intrerupa interviul si sa furnizeze informatii despre programul de criza, despre confidentialitate si despre drepturile subiectului. Se poate intampla ca copilul sa nu vrea sa vorbeasca in fata apartinatorilor sau altor persoane de autoritate si atunci clinicianul poate cere ca sa vorbeasca separat cu copilul. In cazul adolescentului, considerentele de confidentialitate si de incredere mutuala sunt foarte importante.

1. Exprima interes si ofera suport emotional: *- Observ ca esti foarte nefericit…* *- Te supara ceva?* *- Nu pari in apale tale astazi…* *- Se pare ca lucrurile nu sunt prea bune pentru tine…* *- Te-a ajuta daca ai vorbi cu cineva despre astea…* *- Eu sunt aici ca sa te ascult si sa te ajut..*
2. Identifica situatiile inductoare de criza: *- Hai sa vorbim despre ce se petrece cu tine…* *- As vrea sa stiu ce te-a tulburat…* *- Ai vrea sa vorbesti despre ce s-a intamplat rau cu tine?* *- As vrea sa te ascult…*
3. Reformuleaza problema pentru a o clarifica *- Asa cum am inteles, ce te-a suparat este…* *- Situatia dificila pe care vrei sa o eviti este…* *- Aceasta este ceea ce te-a suparat foarte tare…* *- Inteleg cat de dureros a fost aceasta pentru tine…*

2. Evaluarea suicidalitatii la copii este o evaluare care este caracterizata de folosirea mai multor surse, a mai multor metode si a mai multor nivele (Golston, 2003). Wise si Spengler (1997) considera ca indiferent de situatie este bine sa se foloseasca o intrebare de screening: "*te-ai simtit vreodata atat de rau incat sa te gandesti sa te ranesti*". Raspunsul la aceasta intrebare poate ghida directia ulterioara a interviului. Tot ei recomanda sa se culeaga informatii despre neglijarea recenta a ingrijirii personale, a functionarii si a aparitiei unei dezordini in comportamentul copilului sau adolescentului. Informatiile de la familie sau de la scoala sunt, la fel, foarte importante. O alta metoda si un alt strat al evaluarii este cel al observatiei din timpul contactului cu copilul, precum limbajul corporal, comportamentul motor, modul de comunicare, limbajul, naratiunile si fanteziile lui. Exista mai multe instrumente standardizate de evaluare a suicidalitatii la copii si adolescenti, scale, chestionare, interviuri, care pot fi utilizate in masura in care subiectul colaboreaza sau contextual este favorabil. Uneori se pot asocia doua sau trei din astfel de instrumente, precum un chestionar si o scala sau un interviu si a scala sau un interviu cu parintii si o scala pentru copil, combinatii dictate de situatia particulara a fiecarui caz in parte.
3. Identificarea problemelor majore si a factorilor precipitanti este o etapa cruciala pentru ca clinicianul trebuie sa ajute copilul in descrierea intamplarii, a povestii sau a

naratiunii care prezinta contextul in care a aparut criza suicidara, care au fost actorii principali, cum de a ajuns in serviciul de criza si pentru ce (care a fost ratiunea acestei hotarari), cine a initiat aceasta, care a fost si este pozitia lui, etc. Clinicianul trebuie sa tina cont de capacitatea copilului de a verbaliza si descrie astfel de situatii, de vocabularul si gramatica asociata starilor emotionale si de disponibilitatea lui de a vorbi in fata altora, mai ales in fata parintilor sau profesorilor sau a altor persoanelor cu autoritate. In unele cazuri se recomanda invitarea copilului de a povesti liber iar in altele este necesar sa se ajute copilul prin intrebari ajutatoare.

4.

Formuleaza problema si evalueaza severitatea ei
1. Fa cu glas tare o trecere in revista scurta a problemei copilului care sa cuprinda structura, ordinea si elementele crizei (*Dupa cum am inteles pana acum problema este urmatoarea…*)
2. Evalueaza severitate problemei - *Te-ai simtit vreodata asa de rau? Cand? Cu ce ocazie?* - *Cat de des te simti asa de rau? Ai emotii/ganduri asa negative?* - *Cand de mult timp dureaza acestea?* - *Cand ai avut ultima oara astfel de ganduri?*
3. Daca consideri ca copilul cu are capacitate de coping si este in pericol, intreaba in mod direct: - *Te-ai gandit vreodata ca nu ai nici o speranta in viata asta?* - *Ai dorit vreodata sa mori?* - *Ai vreun plan pentru asta?* - *Cum ai vrea sa o faci?* - *Ai mijloacele necesare?* - *Ai incercat asta vreodata?* - *Cand ai dori sa faci aceasta?* - *Unde?* - *Pari ca nu esti decis asupra acestui plan. Exista motive care te-ar face sa nu pui in aplicare acest plan?* - *Exista cineva in familie care a vorbit, a incercat sau chiar s-a sinucis?* - *Ai printre prietenii tai vreunul care a vorbit, a incercat sau chiar s-a sinucis?*

Shea (2002) recomanda sa se ajuta copilul sa se focalizeze pe concret, pe descrierea intamplarii si a comportamentelor si sa se ignore interpretari sau consideratii asupra gandurilor si emotiilor. Acum se incearca sa se identifice ideatia suicidara, existenta planului si a intentiei de suicid si prezenta factorilor protectivi sau de risc din descrierea dorintelor lui si a atitudinii parintilor si a dinamicii familiei in general, a

scolii si a prietenilor copilului. Indiferent de sursele de informatie disponibile, copilul ramane sursa principala de informatie asupra prezentei sau absentei ideatiei suicidare. Culegerea tuturoa acest informatii prin mijloacele specifice evaluarii copilului/adolescentului suicidar conduce in final la posibilitatea aprecierii riscului de suicid si incadrarea acestuia intr-o categorie care dirijeaza magnitudinea interventiei ulterioare. In anexa Nr. 2 se prezinta matrica de evaluare a riscului de suicid la copii si adolescenti (Ashworth, 2001).

5. Managementul emotiilor: Din cauza ca copii mici nu au inca format un limbaj al descrieirii emotiilor si a selfului, clinicianul trebuie sa fie atent la felul cum copilul exprima emotiile si sa incerce sa le deceleze dupa limbajul corporal, al expresiei fetii, a rismului vorbirii,. Copilul trebuie sa i se ofere confort si siguranta, sa i se cultive increderea si consideratia care sa-i se dizolve inhibitia, timiditatea, frica sau neincrederea. Copilul care are greutati in a vorbi i se poate acorda o pauza, sa fie lasat sa se joace, sau deseneze, sa se uite la reviste cu poze si apoi sa se incerce din nou inchegarea unei comunicari simple si inofensive. Emotiile si sentimentele lui trebuie validate prin exprimarea intelegerii a ceea traieste si simte ca fiind normal, de inteles si justificat.

6. Explorarea si generarea alternativelor. Din cauza ca copii nu au competenta sa formuleze si sa agreeze un plan de siguranta, in aceasta etapa a interventiei parintii, tutorii sau alte autoritati de protectie a copilului sunt indrituite sa ia parte la alcatuirea acestui plan de ingrijire. Cu toate acestea, clinicianul trebuie sa se faca advocatul copilului si aparatorul intereselor lui si sa formuleze acest plan in interesul protectiei copilului. Maturitatea copilului si relatia parinte – copil sunt factori cruciali care modeleaza recomandarile din planul de siguranta. Trebuie identificate alternativele care pot conduce la depasirea situatiei de criza, la decelarea rapida a disfunctionalitatilor si a masurilor de redresare a lor si la generarea unui climat de incredere, toleranta si respect. Interesul copilului, dezvoltarea lui armonioasa trebuie sa primeze oricaror altor alegeri.

Evalueaza capacitatea de coping, resursele, suportul disponibil si discuta alternativele
1. Exploreaza sistemul de suport al copilului si mijloacele lui de a rezolva problemele
2. Dezbate solutii alternative: - *Ce ai facut ca sa treci peste emotiile tale negative cu alta ocazie?* - *Ce alte lucruri ai incercat ca sa depasesti astfel de situatie?* - *Ai facut si altceva pentru asta?* - *Ai pe cineva de incredere care sa te ajute?* - *La cine poti sa apelezi pentru ajutor?* - *Ai impartasit sentimentele tale cu cineva?* - *A fost aceasta de ajutor?* - *Crezi ca cineva te poate ajuta?* - *Te-ai vazut cu vreun asistent social sau consilier?* - *Ce fel de ajutor te-ar ajuta si te-ar face sa depasesti problemele tale?*

7. Planul de siguranta trebuie sa fie concret si cu responsabilitati precise ale parintilor/ingrijitorilor copilului, pentru a decupla candoare cu care unii parinti insista ca copilul sa fie lasat acasa ca au ei grija de el. Planul se sprijina pe abilitati si competente précis identificate ale parintilor si altor ingrijitori si nu cuprinde pareri sau activitati vagi, el trebuie sa fie adaptat atat copilului cat si parintilor/supraveghetorilor si cuprinde activitati si masuri de luat in situatii ierarhizate pe o scala de severitate a ideatiei suicidare si in functie de acumularea factorilor de risc si precipitanti.

Formularea unui plan de siguranta
Angajarea copilului in formularea planului de actiune
Stai cu copilul pana la rezolutia crizei
Formuleaza cereri concrete copilului: - indeparteaza toate mijloacele de suicid (atunci cand sunt disponibile) - solicita un “contract/angajament de siguranta)
Consulta-te cu profesorii/consilierii scolari care au in grija copilul
Implica parintii/tutorele copilului in planul de siguranta
Furnizeaza detaliile de contact cu serviciile de urgenta (criza, camera de garda, etc.)
Furnizeaza informatii despre recursele comunitare disponibile Dupa Stoelb si Chiriboga (1998) suicidul copilului si adolescentului este un fenomen complex determinat de factori multipli care se intersecteaza intr-un anume moment in viata tanarului si astfel de poate intelege de ce nu exista nu singur predictor al suicidului ci o combinatie de factori.
Arangeaza trimiterea la specialisti atunci cand e cazul (psihiatru, pediatru, etc.)

8. Monitorizarea si contactele de urmarire sunt foarte importante in cazul copilului suicidar. Ele vor sa tina masurile de siguranta cat mai active si efective de-a lungul unei perioade suficient de lungi pentru restabilirea echilibrului emotional si functional al copilului si familiei acestuia. Contactele trebuie sa evidentieze perioade de timp si persoana de contact si trebuie sa permita si contactul cu copilul daca el este suficient de matur pentru a furniza informatii confidente.

Stabilirea contactelor de urmarire:
- Am inteles cum te simti acum dar tu necesiti ajutor;
- Acest ajutor iti este disponibil;
- Esti de accord sa te chem la telefon si sa te intreb cum te simti?
- Imi promiti ca nu iti faci niciun rau si ma chemi daca ai nevoie de ajutor?
- Suicidul este ultimul lucru la care sa te gandesti, ce pierzi daca incerci si alte alternative.

In cazul evoluarii suicidalitatii, interviul cu un copil si chiar cu un adolescent prezinta o dificultate deosebita si solicita abilitati speciale din partea clinicianului. Interviul cu copilul/adolescentul este singurul si cel mai important compornent al unei evaluari adecvate a riscului de suicid. Acest interviu are ca scop atat obtinerea de informatii dar si formarea raportului si a aliantei necesare pentru desfasurarea ulterioara a interventiei. Copilul sau adolescentul nu este singura tinta a interviului, parintii, ingrijitorii si/sau profesorii lui sunt deopotriva subiect al interviului de evaluare a suicidalitatii tanarului. Din cauza senzitivitatii subiectului, clinicianul poate sa se simta intimidat, reticent, anxios si chiar sub stress atunci cand trebuie sa intervieveze un tanar cu risc de suicid. Existenta unui protocol standard de evaluare a riscului de suicid la copil si adolescent micsoreaza asemenea reactii. Astfel este vorba de aplicarea metodei evaluarii comportamentale care este o schema larga care cuprinde atat intervievarea cat si observarea subiectului atunci cand este plasat ideatic in diferite contexte ale vietii lui curente precum in activitati scolare sau recreative, in familie sau in grupuri de egali. Aceasta strategie cuprinde si intervievarea persoanelor capabile de a furniza informatii confidente. In Tabelul nr. 4 se prezinta continutul si strategia intrebarilor adresate copilului, parintilor si profesorilor in cazul evaluarii comportamentale (McConaughy, 2005).

Strategia intrebarii	Continutul intrebarii in functie de informant		
	Interviul cu copilul	**Interviul cu parintii**	**Interviul cu profesorii**
Intrebari semistructurate	- Activitati si interese - Scoala si lectii - Relatii cu prietenii si colegii - Situatia de acasa si relatiile cu parintii - Sentimente si emotii - Probleme cu identitatea - Consumul de alcool/droguri - Tulburari de comportament si incalcari ale regulilor si legilor - Relatiile cu sexul opus	- Functionarea sociala - Functionarea scolara - Istoria dezvoltarii individuale - Relatiile familiale - Interesele si calitatile copilului	- Performanta scolara - Interesele si calitatile copilului
Intrebari structurate		- Simptome si informatii referitor la tulburari psihice specifice	
Intrebari specific comportamentale	- Cum vede copilul probleme actuala	- Problemele comportamentale si emotionale - Ingrijorarile privind copilul	- Probleme comportamentala la scoala - Ingrijorarile privind copilul
Intrebari referitoare la rezolvarea problemelor	- Aderenta la interventia formulata	- Aderenta la interventia formulata - Scopul si planul initial	- Aderenta la interventia formulata - Scopul si planul initial - Fromularea interventiei bazate pe scoala

Tabelul Nr. 4: Strategia si formularea intrebarilor in interviul comportamental cu copilul si/sau adolescentul (McConaughy, 2005)

Prin aceste intrebari profesionistul trebuie sa gaseasca raspuns la urmatoarele probleme (Lieberman si Davis, 2002; Poland, 1989):

- Ce semne de alarma de suicid au generat prezentarea/apelarea serviciului de criza?
- Prezinta copilul/adolescentul ganduri/ideatie de suicid?
- A incercat el sa se sinucida?

- Are el un plan de cum are vrea sa se sinucida si care este probabilitatea de a fi salvat?
- Si-a imaginat reactia altora la moartea lui?
- Intelege el finalitatea gandurilor lui de suicid, respectiv moartea lui?
- Si-a facut ultimele aranjamente inainte sa moara?
- Ce metoda si-a ales pentru a se sinucide?
- Are el o retea de suport (parinti, alti adulti, scoala, prieteni, etc.)?
- Exista ceva care l-ar face sa amane planul lui de suicid?

La acestea s-ar mai adauga explorarea intelesurilor pe care copilul/adolescentul le-ar da gestului lui de suicid (vezi Tabelul Nr. 5).

Lipsa controlului ducand la sentimente de neajutorare si lipsa de speranta: - prezinta o combinatie dintre depresie si manie - percepe pierderea ca o probelma ireparabila - doreste sa scape de o durere sufleteasca de nesuportat - ca raspuns la abuzul altora - auto-acuzare
Obtinerea unei revanse in fata altora - credinta ca suicidul va cauza altora sentimente de vinovatie
Comunicarea unei tulburari emotionale
Reintalnirea cu o persoana draga - incapacitatea de a suporta singuratatea si pierderea - dorinta de a se reuni cu cineva drag care a disparut
Contextul familial - credinta ca este la originea conflictelor familiale - distragerea familiei de la alte probleme (de ex. divort) - perceperea ca este un copil nedorit de familie
Anticiparea pierderii - anticiparea despartirii de o persoana iubita

Tabelul Nr. 5: Intelesuri posibile ale suicidului la copii/adolescenti (Ashworth, 2001)

Exista mai multe interviuri structurate sau semistructurate pentru evaluarea suicidalitatii la copil si adolescent insa unele din ele nu pot fi prezentate aici din cauza de copyright iar altele sunt lipsite de confidenta si validitate. De aceia se recomanda ca profesionistul sa utilizeze un interviu conform experientei sale clinice in care sa utilizeze

cateva din intrebarile cheie care nu pot lipsi din orice tip de evaluare. Majoritatea copiilor/adolescentilor raspund deschis si onest daca intrebarile sunt puse cu grija, in mod respectos si empatic. Poland (1989) furnizeaza urmatoarele recomandari pentru procesul de intervievare pentru suicid:

- culege cu calm informatii despre letalitate si identifica cursul actiunii suicidare;
- foloseste abilitatile de ascultare activa prin reflectarea sentimentelor, atitudine necritica si luarea in serios a problemelor;
- exprima grija, suport, incredere si incurajeaza efortul de coping al tanarului;
- empatizeaza cu eforturile anterioare de a depasi problemele;
- culege informatii despre familie si istoria ei;
- cauta alternative la suicid;
- nu face nici o conventie cu tanarul privind tinerea secreta a dorintei lui de suicid, exprima limitele confidentialitatii si necesitatea de a informa parintii, tutorele sau autoritatile;
- documenteaza in scris interactiunea cu clientul.

Jacobsen si colab. (1994) furnizeaza un set de intrebari care sunt adecvate evaluarii copilului cu comportament suicidar. Aceste intrebari pot fi luate ca sugestii si pot si refrazate conform experientei clinice si contextului interviului de catre lucratorul in criza. Mai jos sunt prezentate cateva din aceste intrebari:

A. Stabilirea prezentei sau a istoriei de ideatie sau comportament suicidar:

1. *Te-ai simtit atat de suparat ca ai dorit sa nu fi trait sau sa vrei sa mori?*
2. *Ai facut vreodata ceva care sa fie asa de periculos ca ai fi putut sa te ranesti grav sau sa mori?*
3. *Ai incercat vreodata sa te ranesti sau te-ai ranit vreodata?*
4. *Ai incercat vreodata sa te omori?*
5. *Ai incercat vreodata sa faci ceva ca sa mori?*

B. Evaluarea intentiei suicidare:

1. *Ai spus cuiva ca vrei sa mori sau ca te-ai gandi sa te omori?*
2. *Ai facut ceva ca sa fi gata sa te omori?*
3. *Ar fi cineva langa tine sau cu tine cand ai incerca sa te omori?*
4. *Te-ai gandit la ce ai face ca sa te omori?*

5. *Dupa ce ai incerca sa te omori si nu ai murit, ai mai vrea sa te omori ori ai vrea sa traiesti?*

C. Pentru cazul copilului cu conceptii imature despre moarte si cauzalitatea ei:

1. *Te gandesti sa te omori mai mult de o data sau doua ori pe zi?*
2. *Ai incercat sa te omori de cand a inceput scoala?*
3. *Ce crezi ca s-ar intampla daca ai incerca sa sari pe fereastra?*
4. *Ce s-ar intampla daca ai fi mort, cum ar fi?*

D. Evaluarea impactului starii emotionale asupra ideatiei si comportamentului suicidar:

1. *Iti amintesti emotiile/sentimentele pe care le-ai avut cand te-ai gandit sau ai incercat sa te omori?*
2. *Cat de diferite au fost acelea de felul cum simti acum?*

E. Intervievarea parintilor despre ideatia suicidara a copilului:

1. *Ce s-a intamplat exact, pas cu pas, in ziua cand copilul Dvs a spus ca vrea sau a incercat sa se omoare?*
2. *Cum ati aflat ca copilul Dvs vrea sau a incercat sa se omoare?*
3. *Ca ati facut cand ati aflat ca copilul Dvs gadeste sau vrea sa se omoare?*
4. *Ce s-a intamplat dupa ce copilul Dvs a incercat sa se omoare?*

F. Determinarea prezentei factorilor de risc pentru suicid:

1. *Te-ai mai gandit vreodata sa te omori sau ai incercat vreodata sa te omori?*
2. *Cum te intelegi cu familia sau cu prietenii?*
3. *S-a intamplat recent ceva rau pentru tine sau pentru familia ta?*
4. *Te-ai simtit recent trist, cu probleme cu somnul, fara pofta de mancare, nervos, obosit?*
5. *Ai consumat recent alcool sau droguri?*

In cazul adolescentului, ca si in cazul adultului, Rudd (1998) furnizeaza un pachet de intrebari generale pentru evaluarea ideatiei suicidare, planului de suicid si a motivelor de a trai sau a muri. Si acestea au un rol orientativ pentru clinician care trebuie sa se simta liber sa le refrazeze si utilizeze in ordinea si felul in care considera ca este adecvat subiectului si contextului evaluarii.

A. Frecventa, intensitatea si durata ideatiei suicidare

Ati avut vreodata ganduri sa va puneti capat zilelor, respectiv ganduri de suicid?

Cat de des v-ati gandit la suicid? Zilnic, saptamanal sau lunar?

S-a intamplat sa va doriti sa fi fost mort?

Cat de mult dureaza astfel de ganduri, secunde, minute?

Cat de coplesitoare sunt aceste ganduri?

Puteti sa evaluati pe o scara de la 1 la 10 severitatea lor?

V-ati gandit vreodata sa va taiati cu cutitul sau cu alt obiect ascutit?

Ati intentionat sa va raniti?

Ati incercat vreodata sa va sinucideti?

B. Planul de suicid:

Acum aveti vre-un plan de suicid?

Specificati planul…

Cum, unde si cand?

Ati stabilit vreun timp sau data cand ati vrea sa va sinucideti?

C. Disponibilitatea mijloacelor de suicid:

Aveti la indemana vreo metoda de suicid?

Aveti acces la aceasta metoda sau la mijloacele acestei metode?

D. Controlul gandurilor de suicid:

Exista momente cand puteti controla aceste ganduri de suicid?

In acest moment simtiti ca le puteti controla?

Puteti sa evaluati acest control pe o scala de la 1 la 10?

E. Factori de risc:

Consumati mai mult decat inainte alcool sau droguri?

F. Motive pentru a trai sau muri

Ati actionat vreodata conform acestor ganduri?

Ce va tine acum in viata?

Ati avut vreodata ganduri ca viata nu merita traita?

Ce va face sa continuati?

Ce v-a facut sa continuati cand ati avut acele ganduri ca viata nu merita traita?

G. Intentia de suicid:

Aveti vreo intentie de a actiona conform gandurilor de suicid?
Puteti evalua aceasta intentie pe o scala de la 1 la 10?

De regula evaluarea copilului si adolescentului se incheie cu interviul cu parintii si/sau alti adulti implicati in dezvoltarea/educatia/protectia tanarului (tutor, profesor, asistent social, etc.). In cazul copilului mic, de cele mai multe ori evaluarea incepe cu interviul cu parintii sau cu cei care au initiat aducerea copilului in serivicul de criza, cu cei care au perceput criza suicidara a copilului si se incheie tot cu acestia. Interviul cu familia are ca tinta urmatoarele probleme (Weller si colab. 2001):

- motivul prezentarii si/sau cine a initiat prezentarea la serviciul de criza/urgenta;
- principalele probleme din prima copilului si a parintilor;
- comportamentul suicidar, istoria suicidalitatii copilului;
- relatiile dintre copil si parinti si/sau ceilalti copii din familie;
- afectivitatea copilului;
- istoria psihiatrica (diagnostice, tratamente, spitalizari, etc.)
- istoria dezvoltarii psiho-afective si fizice a copilului;
- istoria sociala (comportamentul scolar, activitati extrascolare, relatiile cu ceilalti);
- istoria familiala medicala si psihiatrica.

Se considera ca in cazul copilului si adolescentului cea mai buna metoda de evaluare a suicidalitatii este interviul direct cu subiectul. Cu toate acestea s-au dezvoltat mai multe instrumente standardizate de evaluare care se aplica in diferite imprejurari ale procesului de evaluare dar a caror confidenta variaza de la instrument la instrument. Pentru o documentare mai larga se poate consulta lucrarea lui DB Gloston (2000): “Assessment of Suicidal Behaviors and Risk among Children and Adolescents” care prezinta o documentare quasi-exhaustiv asupra instrumentelor disponibile pentru evaluarea suicidalitatii la tineri dar care nu prezinta insa nici un instrument pe larg. In cartea de fata prezint doar cateva instrumente de evaluare care pot fi introduce in practica zilnica a serviciului de criza si care au avantajul ca se pot constitui in documente confidente ale dosarului clientului in cazul in care se ridica probleme de malpractice or alte probleme legale.

Scala Columbia de evaluare a severitatii ideatiei si comportamentului suicidar (The Columbia–Suicide Severity Rating Scale – C-SSRS) a fost dezvoltata de Posner si

colab. (2011) cu scopul de a cuantifica in mod standardizat ideatia si comportamentul suicidar si de a putea astfel urmari modificarea lor sub diferite interventii. Scala foloseste o nomenclatura stricta si definitii operationale ale conceptelor folosite in evaluarea suicidalitatii si prezinta versiuni pentru adulti si pentru adolescenti iar pentru fiecare din acesti, versiuni pentru screening si versiuni de evaluare de baza. Scala C-SSRS evalueaza in mod specific ideatia suicidara, intentitatea ei, intentia de suicide si planul de suicid. Calitatile psihometrice ale acestor versiuni au fost verificate in studii clinice controlate si au aratat scoruri inalte la validitate, confidenta interna si sensibilitate la schimbare (Posner si colab. 2011). In anexa Nr. 3 se prezinta scala Columbia pentru adolescenti, versiunea de screening, focalizata mai ales pentru detectia riscului de suicid.

Inventarul scurt de evaluare a motivelor de a trai versiunea pentru adolescenti (The Brief Reasons for Living Inventory for Adolescents – BRFL-A) a fost dezvoltata de Osman si colab. (1996) modificand versiunea pentru adulti a Inventarului pentru motive de a trai (Reasons for Living Inventory, Linehan si colab. 1983). Originalul continea 48 intrebari ce explorau sase tipuri de ratiuni pentru a ramane in viata si fiecare intrebarea era cotata pe o scala cu 6 trepte (de la 1= total neimportant la 6= extreme de important). Un scor mic indica pericolul de suicid prin lipsa factorilor protectivi. Versiunea pentru adolescenti contine numai 14 itemi ce reprezinta 5 factori: dezaprobari sociala, obiectie morala, supravietuire, responsabilitate fata de familie si frica de suicid. Studiile intreprinse pe doua loturi de adolescenti arata o buna validitate si consistenta interna a scalei iar analiza discriminativa regresiva evidentiaza capacitatea scalei de a diferentia dintre adolescentii cu ideatie suicidara de cei fara ideatie suicidara. Scala are si o buna senzitivitate identificand corect suicidarii in proportie de 84,2% si specificitate, identificand corect 88,9% din adolescentii nonsuicidari din lotul de studiu al acestor autori. Inventarul este recomandat sa fie utilizat pentru identificarea si documentarea ideatiei si comportamentului suicidar atat in serviciile de criza, servicii de urgenta cat si in alte situatii, precum consiliere scolara (in anexa Nr. 4 se prezinta acest inventar).

Scala "SAD PERSON" este un instrument simplu dezvoltata de Patterson si colab. (1983) care evalueaza un numar limitat de elemente esentiale pentru aprecierea riscului suicidar, elemente care ii dau prin abreviere numele: S = sex (barbatesc) – 1 punct; A = age (varsta) 25-34 si peste 65 – 1 punct; D = depresie 1 punct; P = previous attempt (incerari

anterioare) – 1 punct; E = ethanol abuse (abuse de alcool) – 1 punct; R = Rational thinking loss – psychosis (pierderea judecatii – psihoza) – 1 punct; S = social support lacking (lipsa suportului social) – 1 punct; O = organized suicide plan (plan de suicid stabilit) – 1 punct; N = no spouse – for male (fara partener in cazul barbabilir) 1 punct; S = sickness chronic/severe (boala cronica/severa) 1 punct. Pe baza acestei scale, Juhnke (1996) construieste o versiune pentru copii in care unii itemi au fost modificati ca sa corespunde varstei lor insa abrevierea ramane aceiasi "SAD PERSON – children". Si acesti itemi se coteaza doar cu "prezent" sau "absent" primind 1 punct pentru "prezent". Acesti itemi sunt urmatorii:

- sex – masculin
- varsta – 15 ani sau peste
- depresie sau tulburare afectiva
- incercari de suicide anterioare sau internare in serviciu de psihiatrie
- consum de alcool/druguri
- pierderea judecatii – psihoza
- lipsa de suport social
- plan de suicid stabilit
- parinti delasatori, stress in familie, suicide in familie
- probleme scolare, tulburari de comportament la scoala, experiente umilirii (este tinta bascaliei).

  Aceasta scala este prevazuta cu urmatoarele scoruri prag care determina un anume nivel de interventie:

- 1-2 risc minim; interventia necesara este comunicarea cu parintii si ingrijitorii, scoala, observatie in continuare, copilul poate fi trimis acasa;
- 3-6 risc moderat; interventii necesare: comunicare, formularea planului de siguranta, obtinerea contractului de siguranta, observatie stransa, comunicarea cu parintii/ingrijitorii/scoala, educarea lor in vederea mentinerii sigurantei, consult psihiatric, discutarea eventualitatii internerii, contacte de urmarire, documentare;
- 7-10 risc mare: interventie necesara: internare voluntara sau involuntara, documentare.

Scala de evaluare a riscului de suicide la copii (Child Suicide Risk Assessment – CSRA) este un instrument recent dezvoltat de Larzelere si Andersen (2004) cu scopul de a identifica rapid copii/adolescentii (screening), in special cei peste 12 ani, care au nevoie de observare atenta si interventie precoce pentru a preveni un eventual suicid. Instrumentul are trei mari sectiuni: sentimente (de ex. griji, tristete, vinovatie, lipsa de speranta, etc.), familie si prieteni (relatiile cu parintii, relatiile cu prietenii, pierderi persoane dragi, suicidul in familie) si conceptia copilului asupra mortii (de ex. ce se intampla cand cineva moare, daca oamenii sunt fericiti cand mor, daca oamenii se mai intorc dup ace mor, ganduri de suicide si auto-vatamare). Scala contine 18 intrebari si este prezentata in Anexa Nr. 5. Intrebarile se formuleaza in functie de o perioada de timp aleasa de intervievator: o saptamana, o luna, ultimele 6 luni (de ex. ai fost in ultima luna…(intrebarea)?). Raspunsurile sunt DA sau Nu si se coteaza cu 1 punct raspusul afirmativ. Autorii considera ca dincolo de un scor de 8, copilul necesita evaluare atenta, observare si interventie, avand un risc semnificativ de suicide.

Indexul pentru evaluarea potentialului de suicide la copii si adolescenti (Child-Adolescent Suicidal Potential Index – CASPI) este dezvoltat de Pfeffer si colab (2000). Ei pornesc de la ideia ca majoritatea suicidului la copii si adolescenti este facut in contextual tulburarilor psihice preexistente, a familiei disfunctionale si a experientelor stresante, precum pierderea unei persoane dragi, abandon, rejectie si abuz. Autori au dorit sa construiasca un instrument de detectie a riscului de suicid bazat pe auto-raportarile copilului. Scala contine 30 intrebari si subiectul poate alege rapunsul dintre DA si NU. Intrebarile raspund la trei factori: depresie impulsiv-anxioasa (oamenii vorbesc despre mine, oamenii nu ma plac, am probleme cu concentrarea, sunt trist, nu am nici un merit, sunt nelinistiti, imi place sa fiu singur, hotarasc greu, sunt nervos, ma simt vinovat, am facut probleme familiei, ma enervez repede), ideatie suicidara (am ganduri sa ma omor, am incercat sa ma omor, am incercat sa ma ranesc, doresc sa fiu mort, imi place sa-mi risc viata) si distress familial (parintii ma bat, tata o bate pe mama, parintii striga la mine, parintii nu-mi vorbesc, parintii ma pedepsesc, parintii se cearta intre ei, parintii beau alcool). Scala prezinta note bune de validitate si confidenta dar ea nu poate fi prezentata in lucrarea de fata fara acordul autorilor.

Un alt instrument recomandat este cel dezvoltat de Brock si Sandoval (1997). Ei au construit un interviu pentru copii scolari pentru a decela ideatia sucidara si riscul de suicid.

Acest interviu este prezentat la Anexa nr. 6 cu scopul de a da clinicianului care foloseste aceasta carte sugestii si un model care poate fi incorporat in activitatea lui curenta.

Interventia in criza suicidara a copilului si adolescentului este un process dinamic care incepe de la primul contact cu copilul si care nu se termina odata cu plecarea lui din serviciul de interventie in criza. Ea se intretese cu toate fazele evaluarii si insasi exprimarea interesului, consideratiei, empatiei, ascultarea activa reprezinta o parte importanta a interventiei. Coleman si O'Halloran (2004) recomanda urmatoarea atitudine ca rapuns imediat in fata crizei suicidare a copilului:

- fi pregatit emotional sa asisti un copil cu suicid, stai calm, priveste direct si vorbeste calm si clar;
  - nu lasa copilul singur, chiar daca doreste sa mearga la WC, asigura-l ca tu il vei insoti oriunde pentru ca iti pasa de el, vrei sa fi cu el si vrei sa-l ajuti;
- "cumpara timp": incurajeaza copilul/adolescentul sa vorbeasca, indiferent despre ce, pentru ca cu cat vorbeste mai mult cu atat are mai putina energie pentru a intreprinde un suicid;
- lasa-l sa inteleaga ca il asculti si il iei in serios, reflecta verbal si corporal ceea ce spune;
- afirma ca intelegi ca optiunea lui este suicidul dar ca impreuna s-ar pot descoperi si alte optiuni valabile pentru rezolvarea problemelor lui;
- solicita sa-ti dea pastilele sau orice alt mijloc de suicid care-l are asupra sa;

Exista un consens larg in ceea ce priveste interventia fata de suicidul la copii si adolescenti si anume: identificarea factorilor de risc si furnizarea de recomandari in cazul unei situatii acute. Brent (1997) recomanda urmatoarele actiuni: i) evaluarea riscului iminent de suicide; ii) negocierea unu contract de siguranta; iii) limitarea disponibilitatii mijloacelor de suicid; iv) furnizarea suportului si contactului 24/24h; v) spitalizare cand este necesar.

Se intampla foarte rar ca copilul sau adolescentul sa se prezinte singur la servicul de urgenta sau serivicul de criza. De cele mai multe ori el este adus de catre familie, profesori, alti ingrijitori sau de catre colegi sau politie. Dupa furnizarea unei ambiante confortabile, introducerea programului si a clinicianului si evaluarea rapida a statutului fizic al copilului,

lucratorul in criza trebuie sa informeze tanarul despre datoria lui de a raporta ori ce situatie suicidara conform procedurilor legale si aceasta nu inseamna ca lucratorul isi tradeaza clientul. De multe ori tanarul este de acord sa vorbeasca de ideile si planul lui de suicid cu conditia ca aceste informatii sa ramana "secrete". Nicidata nu trebuie sa se accepte acest targ, ci din contra, trebuie sa i se explice cu rabdare ca aceasta raportare vine din responsabilitatea profesionistului, ca si a tuturor lucratorilor in ingrijirea sanatatii, fata de orice individ de care are cunostinta ca se afla la risc pentru a-si pierde viata. Aceasta nu reprezinta o spargere a confidentialitatii informatiilor obtinute in cursul interviului de evaluare. Astfel, lucratorul trebuie sa ceara cooperarea tanarului pentru informarea parintilor/tutorelui furnizand date despre numele lor, adresa, numarul de telefon si alte detalii pentru a fi contactati. Aceasta nu inseamna in mod automat ca ei vor asista la interviul de evaluare sau ca alte informatii vor fi facute public. Informatiile obtinute nu pot impartasite altor organizatii sau agentii de protectia a copilului fara acordul parintilor tanarului. Confidentialitatea si situatiile in care ea poate fi incalcata este o chestiune foarte senzitiva in cazul copilului si adolescentului pentru ca ea insasi se poate adauga distresului preexistent. Astfel, al doilea gest al lucratoruluk in criza este de a informa parintii/tutorele despre situatia copilului si a solicita colaborarea lor in timp util. Daca parintii sunt necooperanti sau neaga riscul de suicid al copilului lor, dar copilul este in iminenta de suicid, atunci lucratorul in criza poate notifica autoritatile de protectie a copilului iar copilul poate fi escortat la serviciul de urgenta a spitalului cautandu-se internarea lui ca modalitate de a asigura siguranta lui pentru urmatoarele 24 h.

Atunci cand tanarul este adus de altii la serviciul de criza sau de urgenta, se poate presupune ca riscul de suicid a fost apreciate de acestia sau de cei care au initiat trimiterea copilului la acest program. Informatiile de la cei ce l-au adus trebuie culese si interpretate cu grija si fac parte din documentarea cazului. Nu e neaparat necesar ca acestea sa fie confirmate de tanarul in cauza. In acest moment urmatorul pas la interventiei este indepartarea mijloacelor de suicid care s-ar putea afla inca asupra tanarului, precum medicamente, arme de foc, otravuri, cutit, etc. In tot acest timp este bine ca lucratorul in criza sa lase tanarul sa controleze oarecum situatia, sa nu-l forteze sa raspunada atunci cand evita, sa puna intrebari deschise si sa accepte versiunea lui asupra a ceea ce s-a intamplat, sa respecte cand vrea sa taca sau sa abata subiectul. Clinicianul trebuie sa incearce sa normalizezi reactiile emotionale ale subiectului si sa inchege un dialog fluent si onest. Cand

aceast flux de comunicare se constituie, lucratorul in criza trece la al 4-lea pas al interventiei care este obtinerea unui contract de siguranta.

Contractul de siguranta este o promisiune facuta de tanar de nu intreprinde nimic care sa-l raneasca sau sa-l omoare. El se formuleaza doar dupa constituirea unei solide relatii terapeutice cu tanarul. El prevede unde si cum tanarul trebuie sa ceara ajutor inloc sa comita o tentative de suicid, asta dupa ce i s-a explicat in detaliu cum ajutorul oferit poate sa-i ofere protectie si ajutor. El cuprinde numele persoanei de contact (de obicei centrul de criza) si numarul de telefon sau locul unde trebuie sa se adreseze in cazul in care prezinta ideatie sucidara intensa pe care nu o poate controla. Contractul poate fi facut verbal sau in scris. Pentru tineri, contractul de siguranta este o interventie mult mai efecienta decat in cazul adultilor pentru ca probabilitatea ca un tanar sa-si calce cuvantul in acest caz este mai mica decat la adulti.

Paralel cu obtinerea unui contract de siguranta, lucratorul de criza intreprinde tot ce este necesat pentru formularea unui **plan de siguranta/ingrijire** a copilului in cazul in care acesta se intoarce acasa. Acest document se intocmeste impreuna cu parintii sau cei in sarcina carora este copilul. Partea centrala a planului este modul cum se organizeaza si se asigura supravegherea continua a copilului. Inainte de formularea acestui plan, lucratorul in criza trebuie sa aibe toate datele diponibile despre suicidalitatea copilului, factorii precipitanti, factorii protectivi, intentia, planul si letalitatea mijloacelor, identificarea conditiilor preexistente si disponibilitatea alternativelor de terapie (diagnostice, terapii medicamentoase si nemedicamentoase), structura si dinamica familiei. Planul de ingrijire cuprinde tintele supravegherii precum identificarea comportamentului suicidar, impiedicarea accesului si procurarii de mijloace de suicid, managementul reactiilor emotionale si comportamentale, stoparea consumului de alcool/droguri, formarea unui ambiante protective si suportive in familie, libertatile si ingradirile copilului la diferite activitati scolare sau recreationale, indepartarea sau neutralizarea conditiilor care pot contribui la aparitia unor situatii de criza, contactele cu serviciile de ingrijire a sanatatii si respectarea medicatiei in cazul existentei tulburarilor psihopatologice, locurile si persoanele care pot fi contactate in cazul in care familia se simte depasita de complexitatea problemelot curente. Planul de siguranta/ingrijire este un document individualizat ce se formuleaza in functie de intensitatea si severitatea comportamentului suicidar al tanarului, de structura si conditiile familiale sau

de ingrijire de la domiciliu si de existenta factorilor psihopatologici (depresie, impulsivitate, consum de substante, etc.). El cuprinde si contactele ulterioare cu serviciul de criza (contacte follow-up) cu ocazia carora planul se trece in revista si se fac modificarile si ajustarile necesare in functie evolutia cazului. Planul de siguranta se aduce la cunostinta tanarului si trebuie sa aiba autoritatea formularii de catre profesionist, parintii sau ingrijitorii au doar rolul de colaboratori, supraveghetori si executanti, altfel el va fi vazut de catre tanar ca un alt mod de ingradire a libertatilor lui, de pedepsire si de expreie a autoritatii adultilor auspra copiilor.

Planul de siguranta trebuie sa fie unul scris in doua exemplare, unul pentru parinti/ingrijitor si altul pentru dosarul tanarului care ramane in servicul de criza.

Atata pentru contractul de siguranta cat si pentru planul de siguranta exista anumite limitari generate de particularitatile varstei copilului, a dinamicii familiei si a conditiilor psihopatologice preexistente precum distorsiunile cognitive ale copilului, severitatea depresiei sau lipsa de control a impulsurilor, consumul de alcool/drog, familie disfunctionala si conflictuala, incapacitatea familiei de a asigura supraveghere din cauza programului de lucru, aderenta scazuta fata de specificatiile din aceste documente (Ashworth, 2001).

Atunci cand situatia copilului cere internare intr-un serviciu medical, planul se siguranta va fi formulat la externare de catre personalul acelui serviciu. El poate si trebuie sa cuprinda contactele de urmarire care vor facute de serviciul de criza.

Sunt cazuri severe cand este nevoie de o supraveghere unu-la-unul, adica o supraveghere minut de minut. In conditii speciale, supravegherea unu-la-unu se poate asigura la spital si acasa atunci cand exista membrii de familie dispusi sa o faca si au responsabilitatea si educatia necesara. In tabelul Nr. 6 se prezinta indicatorii dupa care se judeca necesitatea supravegherii intensive unu-la-unu sau internarea intr-un serviciu spitalicesc de psihiatrie infantila (Ashworth, 2001).

In alte cazuri spitalizarea este indicata pentru tratament de specialitate, precum in cazuri de psihoza, tulburari afective, tulburari de comportament, agresivitate si impulsivitate extrema, nevoia de urmarire a tratamentului medicamentos, lipsa de ingrijire din partea altora sau a lui proprie.

1. CARACTERISTICILE SUICIDALITATII CURENTE/TENTATIVEI ANTERIOARE DE SUICID: - Ideatie suicidara activa cu plan si intentie - Intentie definita si incercare de suicide cu letalitate mare - Motivatie de a muri sau a scapa de o situatie sau de emotii dureroase - Inabilitatea de a mentine un contract de siguranta
2. PSIHOPATOLOGIE: - Depresie – severa sau comorbiditate - Tulburare bipolara - Abuz de alcool si/sau droguri - Psihoza - Diagnostice multiple
3. ISTORIE DE SUICIDALITATE: - Lipsa de aderenta la tratamentul ambulator - Incercari anterioare de suicid
4. CARACTERISTICI PSIHOLOGICE: - Lipsa de speranta - Agresiune/ostilitate
5. PROBLEME FAMILIALE: - Abuz - Parinti cu tulburari mentale severe - Parinti incapabili sau nedoritori de a oferi protectie sau monitorizare copilului lor

Tabelul Nr. 6: Indicatorii necesitatii supravegherii intensive unu-la-unu a copilului suicidar (Ashwood, 2001).

Dupa prima faza de interventie in criza, cand interventia s-a adresat direct suicidalitatii subiectului, urmeaza pasul urmator, al 5-lea in conventia de fata, care are ca scop remedierea sentimentului de lipsa de speranta, a dificultatilor de coping, imbunatatirii imaginii proprii, a functionarii interpersonale si a abilitatii de rezolvare a problemelor, diagnosticarea si tratamentul tulburarilor psihice si de personalitate, psihoeducatia familiei, imbunatatirea parentingului si se termina prin recadrarea copilului/adolescentului in familie si scoala (Fristad si Shaver, 2001). Aceste probleme sunt abordate printr-un modul interventie care isi are originea in terapie scurta cognitiv-comportamentala, in terapia scurta bazata de solutie si in terapia dialectic-comportamentala. Abordarea acestui modul de terapia scurta presupune contactul cu tanarul pentru 6-8 sedinte de terapie cu clinicianul de la programul de criza.

Au fost dezvoltate mai multe tehnici de terapie cognitive comportamentala scurta pentru tineri cu suicid. Trautman (1995) concepe un program pentru adolescenti si familiile

lor care cuprinde invatarea de a identifica si denumi emotiile, gandurile automate si de a rezolva problemele iar familia este implicata pentru a invata sa comunice mai bine si sa identifice si sa resolve problemele in comun. Rotheram-Borus si colab. (1994) manualizeaza o terapie scurta cognitive-comportamentala pentru adolescenti si familiile lor cu scopul de a incuraja interactiunea, reformularea problemelor ce conduc la riscul adolescentului pentru suicid si imbunatatirea stilului de rezolutie a conflictelor.

Terapia scurta focusata pe problema are ca scop cresterea competentei de a identifica problemele si a descoperi si construi solutii realiste. Aici subiectul este vazut ca expert si ca actor, ca parte a problemei si a solutiei ceea ce conduce la responsabilizarea tanarului in a face o schimbare semnificativa si pozitiva atunci cand prezinta ideatie suicidara (Fiske, 1998).

Terapia dialectic comportamentala dezvoltate de Linehan (1993) este o terapie efectiva in cazul suicidalitatii la adulti. Ea a fost folosita si la adolescenti de Miller (1999) si de Katz si colab. (2000). Ea se bazeaza pe invatarea unor abilitati speciale de stabilizare a dezordinii emotionale, a tolerarii distressului si a acceptarii realitatii asa cum este. Problema care se ridica aici este ca invatarea acestor tehnici solicita mai multe sedinte de terapie, insa multe din ideile acestei terapii pot fi utilizate cu success chiar intr-o singura sendinta sau cand interventia se face la telefon. Astfel clinicianul valideaza emotiile subiectului, nu le priveste critic, nu face comentarii directive si furnizeaza in mod simplu si amical sugestii pentru distragerea atentiei de la distress sau acceptarea lui ca atare, pentru dirijarea atentiei pe propria respiratie, calmarea emotiilor prin utilizarea fiecarui simt in parte, folosirea tehnicilor de imagerie creativa, acceptarea realitatii prin analiza lantului evenimential, dezangajarea de suferinta, etc. Toate aceste tehnici sunt simple si tanarul le poate invata si repeta odata cu clinicianul in timpul unei singure sedinte sau a unei convorbiri telefonice. Clinicianul trebuie educat si antrenat corespundzator pentru asemenea tehnici.

Pe parcursul evaluarii si interventiei in criza este esential sa se ia in considerare colaborarea cu medicul psihiatru infantil. De calitatea acestei colaborari depinde de cele mai multe ori deznodamantul pozitiv al interventiei in criza. Astfel, lucratorului in criza i se cere sa aiba o cunoastere adecvata a diagnosticului psihiatric al tanarului pentru ca exista o evidenta robusta ca tinerii care comit suicid prezinta in marea majoritate tulburari psihopatologice subjacente precum depresia, tulburare bipolara, tulburare de control a

impulsurilor si emotiilor, schizofrenie, tulburare de uz de substante, tulburari de comportament, etc. Aceasta justifica ca tanarul cu astfel de suspiciune trebuie sa fie referit pentru evaluare psihiatrica si tratament de specialitate. Recomandarile psihiatrului trebuie sa se regaseasca in programul de siguranta/ingrijire si sa fie monitorizate prin contactele de follow-up.

Colaborarea cu familia este capitala in interventie si planul de siguranta. Se cunoaste ca copii si adolescentii cu probleme suicidare se recruteaza in marea lor majoritate din familii cu probleme, cu comunicare distorsionata, cu conflicte si abuzuri. Aceasta colaborare se face de-a lungul intregului periplu al evaluarii si interventiei in criza, chiar si prin participarea ei la sedintele de terapie specifica. Interventia nu este niciodata completa daca nu se adreseaza si familiei tanarului. Desi de cele mai multe ori informatia ca copilul lor este suicidar face ca familia sa fie in soc sau distress, informarea parintilor despre situatia copilului este cea mai valoroasa si disponibila resursa pentru prevenirea suicidului copilului (EPSS, 2011). . Cele mai intalnite reactii ale parintilor atunci cand afla ca copilul lor este suicidar sunt: reactia acuta de soc, anxietate severa cu senzatie de paralizie, confuzie, negare, sentiment de vinovatie, manie sau beligeranta. Lucratorul in criza trebuie sa identifice aceste reactii si sa considere ca criza este a intregii familii, sa ajute parintii sa depaseasca starea emotionala, sa accepte situatia si sa recunoasca rolul important pe care il au in ajutorul copilului lor si sa participle colaborativ la activitatea lucratorului in criza si a altor specialisti implicati. Apoi lucratorul in criza trebuie sa furnizeze o serie de informatii si directii care sa ajute parintii sa fie eficienti in asigurarea securitatii si protectiei copilului si in construirea unei homeostazii familiale in care copilul sa se simt dorit, iubit, protejat si auzit. Discuta cu parintii despre factorii de risc de suicid ai copilului lor, despre factorii precipitanti si despre factorii protectivi, invata-i sa recunoasca comportamentul de risc si cum se face monitorizarea sau supravegherea unu-la-unu in caz de risc sever de suicid, supravegheaza medicatia recomandata copilului. Invita parintii sa participle la sedinte de terapie daca copilul agreeaza aceasta si invita parintii sa participle la formularea planului de ingrijire/siguranta si sa raspunda la contactele de follow-up. In tabelul Nr. 7 se prezinta unele sugestii psihoeducative pentru parintii unui copil suicidar sau cu instabilitate emotionala severa asa cum au formulate de Departamentul de Educatie in Hong Kong (EPSS, 2011).

1. Asculta copilul: - Asculta copilul cu empatie - Lasa-l sa exprime sentimentele lui - Nu crede ca a-l bate pe spate este un raspuns la problemele lui - Petrece cat mai mul timp cu copilul si ia-l cu tine la cumparaturi, la sport, du-l la o cofetarie, la cinematograf, etc.
2. Vorbeste-i: - Fi onest si cinstit - Nu da lectii si nu critica copilul - Daca se intampla ceva dificil in familie, precum conflicte, dispute, etc. explica-i copilului despre ce este vorba in mod onest - Vorbeste-i despre copilaria ta - Incurajeaza-l, premiaza-l si ajuta-l sa-si construiasca stima de sine si incredere - Ajuta copilul cum sa resolve problemele in mod realist si eficient
3**. Cauta ajutor specializat:** - Cauta consiliere specializata - Nu incereca sa rezolvi problema singur
4. Raspunde: - *“Vreau foarte mult sa stiu ce te supara…”* - *“Haide sa vorbim despre asta…”* - *“Lucrurile pot fi dificil de rezolvat dar eu sunt totdeauna aici sa te ajut…”* - *“Imi pare teribil de rau daca te-am suparat sau ranit…”* - *“Hai sa ne ajutam impreuna…”*
5. Fi atent - Nu incerca sa rezolvi problema singur - Nu promite sa ti secret o problema a copilului - Nu evita sa abordezi problema suicidului - Nu lasa copilul singur acasa daca e in distress sever - Monitorizeaza sau supravegheaza minut cu minut in caz de risc sever de suicid

Tabelul Nr. 7: Sugestii psihoeducative pentru parintii unui copil cu risc suicidar (ESPP, 2011)

Monitorizarea suicidalitatii copilului este o obligatie profesionala si deontologica a lucratorului in criza. Ea se face prin stabilirea si organizarea contactelor de urmarire, cat de des (zilnic, tot la doua zile, etc.), cine le face (lucratorul in criza, parintii/ingrijitorii copilului sau tanarul insusi), la ce ora se executa, informatiile care se comunica (informatie despre situatia actuala, indicatorii riscului de suicid, trecerea in revista a planului de siguranta, facerea ajustatilor necesare), ce se intampla daca nu se primeste contactul programat.(in mod imperativ, lucratorul in criza contacteaza copilul si parintii lui daca nu primeste telefonul prevazut).

Transferul responsabilitatii ingirijirii copilului se face de la un lucrator la altul conform graficului de lucru sau de la un serviciu la altul, de la un clinician la altul si cuprinde transferul informatiile esentiale referitor la caz, nivelul de urgenta, nivelul de ingrijire necesar, planul de siguranta si criteriile si modul de monitorizare. Modul cum s-a facut transferul responsabilitatii ingrijirii este parte importanta din documentarea cazului. Un caz particulat il resprezinta transferul responsabilitatii atunci cand copilul se reintegreaza in scoala. Aici exista o dilema intre a transfera informatii pentru monitorizarea copilului si a pastra confidentialitatea informatiilor. Parintii copilului sunt cei care sunt autorizati sa ofere acordul ca anumite informatii sa fie transferate profesorului, consilierului scolar, psihologului scolar. In acest caz lucratorul in criza poate face transferul informatiilor catre persoane special desemnate.

Documentarea reprezinta inregistrarea tuturor actiunilor si activitatilor in ordinea logica a procesului de evaluarea a riscului de suicid (intensitatea ideatiei suicidare, intentia si planul, factori de risc, factori protectivi) si de interventie, nivelul de urgenta si de ingrijire, planul de siguranta, contractul de siguranta, implicarea familiei, masurile psihoeducative cu parintii, monitorizarea (contactele follow-up), transferul responsabilitatii si deznodamantul cazului, respectiv cand cazul a fost inchis.

Din toate ce s-au discutat aici se vede cum criza suicidara a copilului si adolescentului este o problema cu mult mai complexa decat cea al adultului din mai multe motive: formarea cu dificultate a aliantei terapeutice cu copilul, procesul de evaluarea solicita precautii specifice, interventia se adreseaza atat copilului cat si parintilor, contractul de siguranta detine un rol important, parintii sunt parte a planului de siguranta, iar monitorizarea este indirecta (se face prin intermediar, de ex.parinti/ingrijitori).

Anexa nr. 1

Lista cu semnele de alarma ale suicidului la copii si adolescenti

(Urmatoarele semne de alarma pot indica un tanar aflat la risc pentru suicid.
Lista este alcatuita de Suicide Information and Education Center (SIEC), Canada, 2005)

Semne fizice:	**Semne comportamentale:**
Neglijarea ingrijirii personale;	Redactarea unuui testament, scrierea de poezii sau povestiri despre suicid sau moarte;
Schimbari bruste in modul de imbracare, neconforme cu personalitatea subiectului;	Punerea in ordine a lucrurilor, afacerilor, a situatiei financiare, locative, etc.;
Boli si dureri cronice, boli neasteptate;	Amenintari de suicid;
Slabire sau luare in greutate neasteptata;	Colectarea de pastille, ascunderea de arme, descrierea de mijloace de suicid;
Schimbare brusca de apetit;	Incercari anterioare de suicid;
Semne emotionale:	Descresterea activitatii, izolare, scaderea interesului fata de munca/scoala;
Sentiment de lipsa de speranta, de neajutorare si de inutilitate;	Pierderea interesului fata de hobby, sport, munca, etc.
Inabilitatea de a se bucura sau aprecia prietenia;	Folosirea inexplicabila de alcool si droguri;
Schimbari bruste de dispozitie si explozii emotionale neasteptate;	Izolare fata de familie si prieteni; uneori actioneaza ca sa se indeparteze de altii;
Anxietate, tensiune extrema sau agitatie;	Schimbari in modul de alimentare sau de dormit;
Letargie sau oboseala;	Schimbari in relatiile de prietenie;

Schimbari in personalitate: de la deschidere la izolare, de la politicos la nepoliticos, de la linistit la manios;	Fuga de acasa sau chiul de la scoala;
Pierderea abilitatii de concentrare, visitor;	Comportament de asumare de riscuri, lipsa de grija fata de siguranta propriei persoane;
Depresie, tristete;	Promiscuitate sexuala;
Pierderea capacitate de judecata;	Da cadou lucruri personale valoroase;
Sentimente de vina sau esec;	Schimbari bruste de personalitate;
Ganduri auto-destructive;	Preocupat de ganduri de moarte.
Frica exagerata de cancer, SIDA sau afectiuni fizice;	
Sentimente de lipsa de valoare sau de a fi impovarat;	
Pierderea bucuriei in activitati altadata placute.	

Anexa Nr. 2:

MATRICEA DE EVALUARE A RISCULUI DE SUICID LA COPII/ADOLESCENTI (Ashworth, 2001)

	USOR	MODERAT	IMINENT/INALT
IDEATIE	Prezinta periodic ganduri de moarte sau de a nu vrea sa traiasca care tin destul de putin.	Ganduri de a muri sau dorinta de moarte frecvente si intense care sunt uneori greu de indepartat	Ganduri intense de a muri sau dorinta de a muri imposibil de indepartat
PLAN	Nici un plan imediat de suicid Nici o amenintare de suicid Nu vrea sa moara	Nu e sigur cand dar curand Amenintari indirecte de suicid Ambivalent	Are o data iminenta Amenintari clare de suicid Nu vrea sa traiasca Vrea sa moara
METODA	Nu dispune de mijloace de suicid Sunt nerealiste sau neprecizate	Letalitatea metodei este variabila cu o anumita probabilitate de salvare si interventie	Metoda letala, disponibila fara sansa de interventie
STAREA EMOTIONALA	Trist, plange adesea Iritabil	Model instabil al dispozitiei psihice Rar exprima vreun sentiment	Confuz emotional Tulburare emotionala (anxios, agitat si manios)
NIVELUL DISTRESULUI	Usor, afectat emotional	Moderat – intens	Distres emotional de nesuportat sau disperare Se simte rejectat, abandonat, fara suport
FACTORI PROTECTIVI	Se simte legat de – familie – colegi – alti adulti	Suport minimal sau fragil Conflict moderat cu – parintii – egalii/colegii	Intens conflict cu – parintii si/sau – egalii/colegii Izolat social
INCERCARI ANTERIOARE	Niciunul	O incercare anterioara Unele comportamente suicidare	Incercari anterioare de suicide Auto-mutilare severa
MOTIVE DE A TRAI	Vrea ca unele lucruri sa se schimbe si are ceva speranta Are unele planuri de viiitor	Pesimism Planuri de viitor vagi/negative	Sentimente de lipsa de speranta, fara ajutor, lipsit de putere Vede viitorul fara sens

SIMPTOME DE DEPRESIE	Trist si abatut; iritabil; fara interese si placere; fara energie; nicio motivatie; lent sau agitat; mananca prea mult sau prea putin; doarme prea mult sau prea putin; lipsa de concentrare; se simte vinovat si fara valoare
ALTI FACTORI DE RISC	Istorie familiala de suicid; prieteni cu suicid; pierderea cuiva drag; pierderi anterioare; consum de alcool/droguri; Probleme scolare actuale; probleme legale recente; a fost diagnosticat cu tulburari mentale; este foarte impulsiv; nu vrea sa solicite ajutor; parintii/tutore/prieteni nu vor sa ia in serios gandurile lui suicidare.

Anexa Nr. 3:

SCALA COLUMBIA DE EVALUARE A SEVERITATII SUICIDALITATII (versiunea de screening pentru adolescenti)

IDEATIA SUICIDARA		
Pune intrebarile 1 si 2.Daca ambele sunt negative treci la sectiunea "Comportamentul suicidar". Daca raspunsul la intrebarea 2 este DA pune intrebarile 3, 4 si 5. Daca raspunsul la intrebarea 1 si/sau 2 este DA completeaza sectiunea "Intensitatea ideatiei".	Toata viata	Ultimele 6 luni
1. Dorina de a fi mort Subiectul afirma dorinta de a fi mort sau de a nu mai trai sau dorinta de a adormi si a nu se mai trezi. ***Ai avut ganduri de a fi mort sau ce ar fi daca ai fi mort?*** ***Ai dorit sa fi mort sau ai dorit sa adormi si sa nu te mai trezesti?*** ***Ai dorit vreodata ca ar fi fost mai bine sa nu fi?*** Daca da, descrie:	☐ Da ☐ Nu	☐ Da ☐ Nu
2. Ganduri suicidare active non-specifice In general ganduri non-specifice de a dori sa sfarseasca cu viata/sa se omore (de ex. "*M-am gandit sa ma omor*") fara ganduri referitor la modul de suicid/metode de suicid, intentie sau plan in cadrul de timp al evaluarii. ***Ai avut ganduri de a face ceva sa nu mai traiesti?*** ***Ai avut vreodata ganduri de a te omora?*** Daca da, descrie:	☐ Da ☐ Nu	☐ Da ☐ Nu
3. Ideatie suicidara activa cu metoda (fara plan) si fara intentia de a actiona Subiectul prezinta ganduri de suicid si are in gand cel putin o metoda de suicid. Aceasta este diferit de cazul cand subiectul are un plan specific, un timp anumit si o metoda detaliata. ("*Ma gandesc sa iau niste pastile dar nu am un plan specific unde si cum o s-o fac…si nu as face-o niciodata)* ***Ai avut ganduri despre cum si ce ai face ca sa nu mai traiesti? Ce ai gandit?*** Daca da, descrie:	☐ Da ☐ Nu	☐ Da ☐ Nu
4. Ideatie suicidara cu intentie de a actiona dar fara plan specific Ganduri sucidare active si subiectul afirma ca <u>are oarecare intentie de a actiona</u> conform gandurilor lui la care se poate opune *"Am ganduri dar in mod sigur nu voi face nimic conform acestor ganduri".* ***Cand gandesti ca sa te omori crezi ca vei face aceasta cu adevarat?*** ***Aceasta este diferenta intre a avea ganduri si a sti ca nu vei face nimic conform lor. .*** Daca da, descrie:	☐ Da ☐ Nu	☐ Da ☐ Nu
5. Ideatie suicidara cu plan specific si intentie de a actiona Ganduri de a se omora cu plan detaliat pe care subiectul are intentia de a-l infaptui. ***Ai decis vreodata cum si cand vrei sa te omori? Ai planificat ceea ce tu vrei sa faci?*** ***Care a fost planul tau?*** ***Cand ai facut acest plan (sau detaliile acestuia), ai gandit cu adevarat sa-l duci la indeplinire?*** Daca da, descrie:	☐ Da ☐ Nu	☐ Da ☐ Nu
INTENSITATEA IDEATIEI		
Urmatoarele caracteristici trebuie evaluate cu privire la ideatia cea mai severa (de ex. 1-5, 1 fiind scorul celei mai putin sever si 5 pentru cel mai sever) ___________ ____ ***Cea mai severa ideatie:*** ***Tipul # (1-5) Descrierea ideatiei***	Cea mai severa	Cea mai severa
Frecventa ***Cat de des ai avut astfel de ganduri?*** ***Scrie raspunsul***______________________________ (1) Numai o data (2) De putine ore (3) De multe ori (4) Tot timpul (0) Nu stiu/neaplicabil	____	_____

COMPORTAMENT SUICIDAR *(Bifeaza tot ce se aplica atat timp cat acestea sunt evenimente separat;trebuie intrebat despre toate tipurile)*	Toata viata
Incercarea actuala: Un act potential auto-vatamator comis cu ceva dorinta de moarte ca rezultat al acestui act. Comportamentul a fost gandit ca o metoda de a se omora. Intentia nu trebuie sa fie 100%. Daca exista ceva intentie/dorinta de a muri asociata cu acest act atunci poate fi considerat ca o incercare de suicid. Nu trebuie sa fie ceva injurie sau vatamare, ci potentialul pentru injurie sau vatamare. Daca persoana apasa pe tragaci cand pistolul este in gura dar glontul nu porneste si nu exista nici o injurie, aceasta este totusi considerata incercare de suicid. Intentia dedusa: Chiar daca individual neaga intentia/dorinta de a muri, ea poate fi dedusa clinic din comportament sau circumstante. De ex. un act letal care nu este in mod clar un accident astfel ca nimic altceva nu poate fi dedus decat un suicid (de ex. impuscare in cap, sarit de pe o constructie inalta). Intentia poate fi dedusa chiar daca o persoana neaga intentia de a muri dar ceea ce vrea sa face este totusi letal. ***Ai facut vreodata ceva care sa te omoare? Ce anume ai facut?*** ***Te-ai ranit vreodata in mod special? Ce anume ai facut?*** ***Ai facut aceasta (______) ca sa-ti iei zilele?*** ***Ai vrut sa mori (chiar nu 100%) cand ai facut_____?*** ***Ai incercat sa-ti iei viata oricum cand ai _____?*** ***Or ai gandit ca oricum ar fi posibil sa mori cand ai facut_____?*** ***Or ceea ce ai facut a fost pentru alte motive si nu pentru a te omora (precum sa te simti mai bine sau sa se intample altceva)?*** (Comportament auto-vatamator fara intentie suicidara) daca da, descrie: **S-a angajat subiectul intr-un comportament auto-injurios nesuicidal?** **S-a angajat subiectul intr-un comportament auto-injurios cu intentie necunoscuta?**	**Da Nu** ☐ ☐ Nr. total incercari ______ **Da Nu** ☐ ☐ **Da Nu** ☐ ☐
Incercare intrerupta: Cand o persoana este intrerupta (de circumstante externe) de la pornirea unui act potential auto-injurios (*altfel incercarea ar putea avea loc*). Supradoza: Persoana are pastilele in mana dar este oprita de la inghitirea lor. Odata ce a inghitit vreo pastila, atunci este vorba de o incercare. Impuscare: Persoana si-a indreptat arma catre ea dar este oprita de cineva sa traga, daca arma ia foc, atunci este o incercare indiferent daca s-a produs vreo ranire sau nu. Daca a apasat pe tragaci si arma nu ia foc, este o incercare. Sarit de la inaltime: Persoana este gata sa sara dar in ultimul moment este impiedicata sa-o faca. Spanzurare: Persoana are funia in jurul gatului dar nu este lasata sa se stranguleze. ***Ai pornit vreodata sa faci ceva care sa te omoare dar cineva te-a oprit inainte de a initia ceea ce ai vrut sa faci? Ce ai vrut sa faci?*** Daca da, descrie:	**Da Nu** ☐ ☐ Nr. total de incercari intrerupte ______
Incercarea abortata: Cand persoana incepe sa faca ceva inspre o trentativa de suicid dar se opreste inainte de a se angaja intr-un comportament auto-destructiv. Examplele sunt similare cu cele de la incercarea intrerupta cu deosebirea ca subiectul insusi se opreste fara ajutorul altcuiva. ***A exista vre-un moment cand ai pornit sa faci ceva care sa-ti ia viata dar te-ai razgandit/oprit inainte sa-ti faci vreun rau?Ce ai vrut sa faci?*** Daca da, descrie:	**Da Nu** ☐ ☐ Nr. total de incerecari abortate ______
Comportament sau acte preparatorii: Acte sau preparative pentru o iminenta tentativa de suicid. Acestea pot include orice dincolo de verbalizare sau gandire, precum dezvoltarea de metode specifice (de ex. cumparare de medicamente, otravuri, procurare de arme de foc). ***Ai facut ceva ca sa fi gata sa te omori precum sa dai lucrurile tale altora, sa scri scrisori de ramas bun, sa faci rost de metode de suicid?*** Daca da, descrie:	**Da Nu** ☐ ☐
Comportament suicidar: Comportamentul suicidar a fost prezent in timpul perioade de evaluare?	**Da Nu** ☐ ☐

Raspunde numai pentru incercarea actuala	Cea mai recenta incerecare Data:	Cea mai letala incercare Data:	Prima incercare Data:
Letalitatea actuala/problema/afectare medicala: 0 = nicio problema medicala sau foarte minora deteriorare medicala (de ex. zgarieturi) 1= deteriorare fizica moderata (de ex. vorbire greoaie, arsuri de gr. I, sangerare minora, leziuni minore ale muschilor sau articulatiilor) 2= afectare fizica moderata, necesita atentie medicala (de ex. obnubilare, arsuri de gr. II, sangerare a unui vas major) 3= afectare fizica moderat-severa, necesita spitalizare, poate si terapie intensive (de ex. coma cu reflexele pastrate, arsura gr. III 20% suprafata, pierdere de sange care poate fi suplinita, fracturi) 4= afectare fizica severa, necesita spitalizare cu terapie intensiva (de ex. coma fara reflexe, arsura gr. III peste 20%, pierdere masiva de sange cu semen vitale instabile, afectari ale organelor interne) 5= moarte	*Pune codul* ______	*Pune codul* ______	*Pune codul* ______
Letalitate potentiala: Numai daca letalitatea actuala = 0 Letalitatea aparenta a incercarii actuale fara afectare medicala (de ex. nu are consecinte medicale dar letalitatea potentiala foarte mare: pune pistolul in gura dar arma nu ia foc) 0 = Comportament improbabil sa conduca la injurie 1 = Comportament probabil sa duca la injurie dar nu cauzeaza moartea 2 = Comportament probabil sa duca la moarte in ciuda ingrijirii medicale disponibile	*Pune codul* ______	*Pune codul* ______	*Pune codul* ______

Anexa Nr. 4:

Inventarul scurt al ratiunilor pentru a trai (versiunea adolescenti)

Acest chestionar trece in revista unele din motivele pe care oamenii le au pentru a nu comite un suicid atunci cand au ganduri sa-si curme viata. Te rog citeste cu atentie fiecare afirmatie de mai jos si incercuieste numarul care corespunde modului cum te-ai raportat la acea afirmatie. Evita sa alegi numai extremele, respective 1 sau 6.

Cat de important este pentru tine acest motive de a nu comite un suicid.

Nr. item	**Intrebarea**	**Total neimportant**	**Destul de neimportant**	**Putin neimportant**	**Putin important**	**Destul de important**	**Extrem de important**
1	Eu tin cont de ce alti ar gandi despre mine	1	2	3	4	5	6
2	Cred ca numai Dumnezeu are dreptul sa ne ia viata	1	2	3	4	5	6
3	Mi-e frica de moarte	1	2	3	4	5	6
4	Familia mea are incredere in mine si are nevoie de mine	1	2	3	4	5	6
5	Cred ca pot gasi si alte rezolvari problemelor mele	1	2	3	4	5	6
6	Altii ar gandi despre mine ca sunt slab si egoist	1	2	3	4	5	6
7	Imi iubesc familia si ma bucur de ea prea mult ca sa o parasesc	1	2	3	4	5	6
8	Credintele mele religioare nu imi permit aceasta	1	2	3	4	5	6
9	Mi-e frica de necunoscut	1	2	3	4	5	6
10	Cred ca oricine are o cale mai buna de rezolvare decat aceasta	1	2	3	4	5	6
11	As rani familia mea prea mult si nu vreau sa o fac sa sufere	1	2	3	4	5	6
12	Consider ca aceasta este gresit din punct de vedere moral	1	2	3	4	5	6
13	Eu am curajul de a infrunta viata	1	2	3	4	5	6
14	Nu as vrea ca altii sa gandeasca ca eu nu am avut control asupra vietii mele	1	2	3	4	5	6

Foaia de scor:

1. Frica de dezaprobare sociala: itemii 1, 6, 14
2. Obiectii morale: itemii 2, 8, 12
3. Supravietuire si coping: itemii 5, 10, 13
4. Responsabilitate fata de familie: itemii 4, 7, 11
5. Frica de suicide: itemii 3, 9

Anexa Nr. 5:

Scala de evaluare a riscului de suicid la copii

In ultima (*specifica perioada de timp*) ai simtit/ai avut	**DA**	**NU**
1. ca esti ingrijorat sau temator?	1	0
2. ca esti ingrijorat mai mult decat cu o luna inainte?	1	0
3. ca esti foarte trist?	1	0
4. ca esti trist mai mult decat cu o luna inainte?	1	0
5. ca plangi foarte mult?	1	0
6. ca plangi mai mult decat cu o luna inainte?	1	0
7. ca ai facut greseli?	1	0
8. vise despre moartea ta?	1	0
9. ca ai facut lucruri bune?	0	1
10. ganduri ca lucrurile vor merge mai bine pentru tine?	0	1
11. ca oamenii te plac?	0	1
12. pe cineva cu care sa vorbesti cand te simti rau?	0	1
13. ca familia ta te iubeste?	0	1
14. probleme cu somnul?	1	0
15. pe cineva important pentru tine care murit recent?	1	0
16. pe cineva din familie care a incercat recent sa se omoare?	1	0
17. ca oamenii sunt mai fericiti cand mor?	1	0
18. ca oamenii se intorc pe pamant dupa ce mor?	1	0
Scorul total (suma scorului individual al itemilor cotati cu Da si NU)		

Factorii scalei:
- depresie: itemii nr. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- lipsa de suport: itemii nr. 9, 10, 11, 12,13
- moartea ca o scapare: itemii nr. 14, 15, 16, 17, 18

Anexa Nr. 6

Interviul elevului pentru screeningul riscului de suicid (Student Interview for Suicide Risk Screening - SISRS)

Numele ______________________ Data nasteri ____________________

Data interviului ______________________

Angajarea in interviu

Se pare ca lucrurile nu merg asa de bine pentru tine in ultimul timp.

Parintii/profesorii tai au spus ca ______________________

Multi copii gasesc acesta ca fiind suparatore.

Esti suparat, esti nervos cand trebuie sa vorbesti despre asta?

Pot eu sa te ajut sa vorbesti despre sentimentele si gandurile tale?

Crezi ca lucrurile se pot indrepta sau din contra crezi ca lucrurile o sa ramana asa sau chiar mai rau?

Esti nefericit mai tot timpul?

Identificarea

Unii copii/adolescenti cu care am vorbit mi-au spus ca atunci cand sunt tristi, suparati, nevrosi ei se gandesc pentru o perioada ca mai bine ar fi daca ar fi morti. Ai avut vreodata astfel de ganduri?

Este acest sentiment asa de puternic incat tu ai dori sa fi mort?

Uneori gandesti ca vrei sa-ti iei viata?

Cat de des ai avut astfel de ganduri?

Investigarea

Ce te-a facut de te simti asa rau?

Ce probleme/situatii te-au facut sa te gandesti in felul acesta?

Spune-mi mai mult despre ceea ce te-a facut sa te gandesti sa te omori ca un fel de solutie a problemelor tale.

Ce gandesti despre cum ar fi sa fi mort?

Cum s-ar simti mama si tatal tau? Ce crezi ca s-ar intampla cu ei daca tu ai fi mort?

Evaluarea

A. Planul current de suicid

Te-ai gandit la felul cum ti-ai lua viata?

Ai vreun plan?

Pe o scala de la 1 la 10 cat de probabil este ca te vei omora? Cand planifici asta sau cand te gandesti ca vei face asta?

Ai mijloace sa o faci, la scoala, acasa?

Cand ai planificat sa te omori?

Ai scris vreo notita, scrisoare, SMS?

Ti-ai pus lucrurile in ordine?

B. Comportamentul anterior

Ai amenintat vreodata ca te omori? Cand? Cine te-a oprit?

Ai incercat vreodata sa te omori? Ce ai facut pentru asta?

C. Resurse

Exista ceva sau cineva care te-ar putea opri?

Exista cineva cu care poti vorbi toate acestea?

Ai putea sau ai vorbit cu familia ta sau prietenii tai despre gandurile tale de a te omora?

Concluzii:

Bibliografie:

American Association of Suicidology, Know the warning signs. Retrieved June 2012, from http:// www.suicidology.org.

Ashworth J (2001): Practice principles: A guide for mental health clinicians working with suicidal children and youth, British Columbia: Ministry of Children and Family Development.

Barrio CA (2007): Assessing suicide risk in children: Guidelines for developmentally appropriate interview, Journal of Mental Health Counseling, 29:50-66.

Brent DA (1997): The aftercare of adolescents with deliberate selfharm, Journal of Child Psychology and Psychiatry 38:277–286.

Brent DA, Perper J (1995): Research in adolescent suicide: Implications for training, service delivery, and public policy. Suicide and Life-Threatening Behavior 25(2):222-230.

Bridge JA, Greenhouse JB, Weldon AH (2008): Suicide trends among youths aged 10 to 19 years in the United States- 1996-2005. Journal of the American Medical Association, 300: 1025-1026.

Brock SE, Sandoval J (1997): Suicidal ideation and behaviors, in GC. Bear, KM Minke, A Thomas (Eds.): Children's needs II: Development, problems and alternatives, Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.

Center for Disease Control (2008): Deaths: Preliminary data for 2006. National Vital Statistics Report, 56:1-52.

Chandler M, Lalonde C (1998): Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations.Transcultural Psychiatry 35(2):191-219.

Coleman L, O'Halloran S (2004): Preventing Youth Suicide through Gatekeeper Training: A Resource Book for Gatekeepers. Augusta: Medical Care Development, Inc.

Cunningham JM (2010): School psychologists involvement and perceived preparedness in the provision of suicide-related services: A comparison of practitioners serving different school levels, Graduate School Theses and Dissertations, Paper 1605, University of South Florida.

Educational Psychology Service Section (EPSS) (2011): An eBook on Student Suicide for Schools: Early Detection, Intervention & Postvention (EDIP), Educational Psychology Service, Section School Administration and Support, Division Education Bureau, Hong Kong.

Fiske H (1998): Applications of solution focused therapy in suicide prevention, in

D Deleo, A Schmidtke, R Diekstra (Eds.): Suicide prevention: A holistic approach. Dordrecht, Netherlands: Kluwer.

Fristad MA, Shaver AE (2001): Psychosocial interventions for suicidal children and adolescents, Depression and Anxiety, 14: 192-197.

Golston DB (2003): Measuring suicidal behavior and risk in children and adolescents, Washington, DC: American Psychological Association.

Gould MS, Shaffer D, Greenberg T (2003): The epidemiology of youth suicide, in RA King and A Apter (Eds.): Suicide in Children and Adolescents, New York: Cambridge University Press.

Greening L, Stoppelbein L, Fite P, Dhossche D, Erath S, et al (2008): Pathways to suicidal behaviors in childhood, Suicide and Life-Threatening Behavior. 38: 35 – 45.

Hunter S, Smith D (2008): Predictors of children's understandings of death: Age, cognitive ability, death experience, and maternal communicative competence. Omega, Journal of Death and Dying, 57: 142-162.

Jacobsen L, Rabinowitz I, Popper M, Solomon R, Sokol M, Pfeffer C (1994): Interviewing prepubertal children about suicidal ideation and behaviour, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 33(4): 439-451.

Jobes DA, Berman AL, Martin CE (2000): Adolescent suicidality and crisis intervention, in AR Roberts (Ed.): Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment, and Research (2nd ed.), Oxford: Oxford University Press.

Juhnke GE (1996): The adapted SAD PERSONS: As assessment scale designed for use with children, Elementary School Guidance & Counseling, 119:252-258.

Kalafat J, Lazarus PJ (2002): Suicide prevention in schools. In SE Brock, PJ Lazarus, SR Jimerson (Eds.): Best practices in school crisis prevention and intervention, Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.

Katz LY, Gunasekara SD, Cox BJ, Miller AL (2000): Dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. Poster Presented at the 47th Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, New York, NY.

Larzelere RE, Andersen JJ (2004): The Child Suicide Risk Assessment: A screening measure of suicide risk in pre-adolescents, Death Studies, 28:809-827.

Lieberman R, Davis J (2002): Suicide intervention. in SE Brock, PJ Lazarus, SR Jimerson (Eds.): Best practices in school crisis prevention and intervention, Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.

Linehan M (1993): Skills Manual for Treating Borderline Personality Disorder. New York: Guilford.

Linehan MM, Goodstein JL, Nielsen SL, Chiles JA (1983): Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51(2): 276-286.

McConaughy SH (2005): Clinical Interviews for Children and Adolescents Assessment to Intervention, New York: The Guilford Press.

Miller AL (1999): Dialectical behavior therapy: a new treatment approach for suicidal adolescents, American Journal of Psychotherapy 53:413–417.

Mishara BL (1999): Conceptions of death and suicide in children ages 6–12 and their implications for suicide prevention. Suicide and Life-Threatening Behavior, 29: 105–118.

National Adolescent Health Information Center (2006): Fact sheet on suicide: Adolescents and young adults. San Francisco, CA: Author, University of California, San Francisco.

Osman A, Kopper BA, Barrios FX, Osman JR, Besett T, Linehan MM (1996): The Brief Reasons for Living Inventory for Adolescents (BRFL-A), Journal of Abnormal Child Psychiatry, 24(4): 433-443.

Patterson WM, Dohn HH, Bird J, Petterson GA (1983) Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. Psychosomatics 24:343-9.

Pfeffer CR, Jiang H, Kakuma T (2000): Child-Adolescent Suicidal Potential Index (CASPI): A screen for risc for early onset suicidal behavior, psychologic Assessment, 12 (3):304-318.
Poland S (1989): Suicide intervention in the schools. New York: Guilford Press.

Poland S, Lieberman R (2002): Best practices in suicide intervention. In A. Thomas & J. Grimes (Eds.), Best Practices in School Psychology IV. Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.

Roberts AR (2000): An overview of crisis theory and crisis intervention, in AR Roberts (Ed.): Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment, and Research (2nd ed.), Oxford: Oxford University Press.

Rotheram-Borus MJ, Piacentini J, Miller S, Graae F, Castro-Blanco D (1994): Brief cognitive-behavioral treatment for adolescent suicide attempters and their families. Journal of American Academy of Children and Adolescents Psychiatry 33:508–517.

Rudd, MD (1998): An integrative conceptual and organizational framework for treating suicidal behavior. Psychotherapy, 35:346-360.

Rudd MD, Joiner TE (1998): An integrative conceptual framework for assessing and treating suicidal behavior in adolescents. Journal of Adolescence 21(4):489-98.

Shea SC (2002): The Practical Art of Suicide Assessment: A Guide for Mental Health Professionals and Substance Abuse Counselors. New York: John Wiley & Sons, Inc

Singer J (2005): Child and adolescent psychiatric emergencies: Mobile crisis response, in AR Roberts (Ed.): Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment, and Research (3rd ed.), Oxford: Oxford University Press.

Stallion JM, McDowell EE (1996): Suicide across the life span: Premature exit (2dn ed.), Washington, DC: Taylor & Francis.

Stoelb M, Chiriboga J (1998): A process model for assessing adolescent risk for suicide. Journal of Adolescence 21(4):359-70.

Suicide Information and Education Centre (SIEC) (2005): Available at http://www.suicideinfo.ca/csp/assets/feature3.pdf

Trautman PD (1995): Cognitive behavior therapy of adolescent suicide attempters. In: Treatment approaches with suicidal adolescents. Zimmerman JK and Asnis GM (Eds.), New York: John Wiley and Sons.

US Department of Health and Human Services (US-DHHS) (2001): National strategy for suicide prevention: Goals and objectives for action. Rockville, MD: Office of the Surgeon General, US Dept, of Health and Human Services, Public Health Service.

Weller EB, Young KM, Rohrbaugh AH, Weller RA (2001): Overview and assessment of the suicide child, Depression and Anxiety, 14:157-163

Wise AJ, Spengler PM (1997): Suicide in children younger than age fourteen: Clinical judgment and assessment issues, Journal of Mental Health Counseling, 19:318-335.

3. EVALUAREA SI INTERVENTIA IN CRIZA A SUBIECTULUI CU COMPORTAMENT AUTO-VATAMATOR

Omul ca si celelalte fiintele poseda un instinct de auto-conservare care ii permite sa supravietuiasca si sa se adapteze de-a lungul vietii. Cu toate acestea, uneori oamenii se comporta intr-un mod care contrazice acest instinct. Unul din aceste comportamente este comportamentul auto-vatamator sau auto-injurios nesuicidar, comportament care se refera la afectarea deliberata si directa a propriului corp in absenta unei intentii letale (Nock, 2010). Desi acest fel de comportament este descries din cele mai vechi timpuri, fiind mentionat chiar si in Biblie, interesul fata de acesta a crescut in ultimii 15 ani, timp in care a crescut si numarul publicatiilor asupra acestui subiect, de la 117 in 1996 la 386 in 2008 (Nock, 2010). S-a propus chiar ca sindromul auto-vatamarii corporale sa fie introdus in viitorul DSM-V ca o entitate clinica aparte (Plener si Fegert, 2012), in DSM-IV el fiind amintit doar ca si criteriu de diagnostic pentru personalitatea marginala de personalitate. Toata lumea este de accord ca indivizii cu comportament auto-vatamator sunt unii din cei mai dificili pacienti atat pentru diagnostic cat si pentru tratament.

PREVALENTA, VARSTA DE DEBUT SI EVOLUTIA

Studiile pe esantioane comunitare arata o prevalenta pe durata vietii de 13-45% la adolescenti (Ross & Heath 2002) si 4% la adulti (Klonsky et al. 2003). Prevalenta pe esantioanele clinice este semnificativa mai mare: 40%–60% la adolescenti (Di- Clemente si colab. 1991) si 19%–25% la adulti (Briere si Gil, 1998). Aceasta variabilitate a prevalentei este data de faptul ca comportamentul auto-vatamator nu a fost inclus in nici un studiu epidemiologic pe scara larga. Un studiu Canadian (Nixon si colab. 2008) arata ca 2 tineri din 10, din grupa de varsta 14-21 ani, au experimentat cel putin odata in viata lor un comportament auto-vatamator. In mod obisnuit, acest comportament debuteaza intre 12 si 14 ani si se petrece mult mai frecvent la tineri decat la adulti. El este de doua ori mai frecvent la fete decat la baieti. Pe un esantion de 2289 tineri in varsta de 15-16 ani din Romania, Kokkevi si colab (2012) gasesc prezenta de ganduri de auto-vatamare la un procent de 27,8%, mult mai mic decat la copii de aceiasi varsta din Lituania (43,8%), Anglia (36,8%) sau Slovacia (36,2%).

Indiferent cum ar fi, aceasta prevalenta a comportamentului auto-injurios este mai mare decat a altor tulburari psihice (prevalenta pe durata vietii) precum anorexia and bulimia nervosa (sub 2%), tulburarea de panica (sub 2%), tulburarea obsesiv-comportamentala (sub 3%) si BPD (in jur de 2%).

Varsta de debut a comportamentului auto-vatamator este in jurul varstei de 12-14 ani, asemanatoare cu cea in cazul ideatiei si comportamentului suicidar (Nock, 2009b, Nock,2010).

Contactul cu indivizii cu comportament auto-vatamator

Majoritatea indivizilor cu comportament auto-vatamator atinci cand se adreseaza pentru ajutor se adreseaza serviciilor de urgenta din spitalele generale sau serviciile de interventie in criza. In acest din urma caz, contactul se poate face si indirect, solicitant ajutorul la telefon. Mai rar acestia pot fi intalniti in serviciile de ingrijire a tulburarilor mentala ambulatorii sau spitaliceasca sau in cabinetele medicilor de medicina generala. In general, indivizii cu comportament auto-vatamator evita internarea in servicii psihiatrice doar daca internarea se face pentru tulburari de comorbiditate precum depresie, anxietate, tulburari alimentare, consum de alcool/droguri, decompensari clinice ale tulburarii marginale de personalitate.

Clinicienii din sanatate mentala si profesorii din scoli raporteaza o crestere ingrijoratoare a comportamentului auto-vatamator in ultimii ani. Acest lucru este evidentiat empiric si de cresterea prezentarilor la serviciul de garda a tinerilor cu astfel de problema. Astfel, in SUA se raporteaza mai multe de 400.000 prezentari pe an la camera de garda a spitalelor pentru comportament auto-vatamator iar in Anglia in jur de 100.000 pe an din care o treime sunt internate din cauza ca necesita atentie medicala (Cooper si colab. 2006). Pacientii care se prezinta pentru auto-vatamare au risc crescut sa repete acest comportament in viitor, mai mult de 75% din acestia repeta episoadele de auto-vatamare in urmatoarele 6 luni. Tot ei au si un mare risc de a face un suicid, o patrime din cei care sinucid au apelat in ultimele 12 luni la un spital general pentru comportament auto-vatamator (Hawton si colab. 1997).

Contactul acestor subiecti cu programele de interventie in criza, mai ales telefonic, sunt foarte frecvente si ele se fac atat inainte de initierea auto-vatamarii cat si dupa ce vatamarea a fost comisa. Ei apeleaza la serviciul de criza mai mult pentru a a semnaliza acest comportament decat pentru a primi au ajutor. Spun aceasta pentru ca din experienta mea in programul de interventie in criza, acesti subiecti sunt in general refractari atunci cand li se fac sugestii cum sa depaseasca starea emotionala care declanseaza auto-vatamarea, ei dorind cu tot dinadinsul sa

duca pana la capat acest imuls, ceea ce este de inteles daca se accepta ideia ca acest comportament este pentru multi din ei doar o modalitate de coping. Acesti subiecti apeleaza la linia de criza pentru diferite situatii sau doar numai pentru conversatie, iar atunci cand apeleaza pentru auto-vatamare o fac intr-un mod manipulativ, ei vor mai mult sa anunte de ce vor face decat sa ceara ajutor specific, uneori vor sa "pedepseasca" clinicianul cu ceea ce vor sa faca cu corpul lor. Ajutorul pe care si-l doresc este unul general sau in alt domeniu si nu pentru auto-vatamare. Oricum, ei se intalnesc mai des la telefonul de criza decat la serviciul de urgenta, aceasta find valabil mai ales pentru adolescenti.

Clasificare si definitii

Unul din obstacolele in studiul comportamentului auto-vatamator este inexistanta termenilor si definitiilor bine stabilite. O definitie larga cuprinde sub termenul de comportament auto-vatamator toate comportamentele intreprinse in mod intentionat si constient care conduc la un anume grad de injurie fizica si psihica. Se face o distinctie intre comportamentele auto-vatamatoare directe care sunt facute in mod intentionat si cele indirecte care sunt facute in mod neintentionat precum comportamentele de asumarea riscurilor/comportamente riscante. O alta sursa de confuzie este folosirea intersanjabila a mai multor termini precum: comportamentul auto-vatamator, comportamentul suicidar sau tentative de suicid si comportamentul auto-mutilant.

Favazza (1998) aduce oarecare lumina in aceasta confuzie denumind auto-mutilarea ca distructie sau alterare deliberate a tesuturilor corpului fara dorinta de moarte si care poate fi majora, stereotipa sau superficial-moderata. Cea superficial-moderata mai poarta numele de auto-vatamare deliberata si este definita de Favazza (1998) ca o forma directa, repetitiva si episodica de auto-mutilare superficiala, fara intentie de a produce moartea si care este destul de serioasa ca sa produca alterarea invelisului corpului mai ales. Gratz (2001) defineste comportamentul auto-vatamator ca "comportament direct, repetitiv de vatamare a tesuturilor corpului propriu, cu letalitate scazuta, care se petrec intr-un timp scurt, se acompaniaza de constiinta propriei actiuni si implica intentia expresa de a se auto-vatama". In aceasta din urma definitie ma ancorez cand vorbesc de comportamentul auto-vatamator in acest capitol.

Allen (2007) trece in revista definitiile si limbajul folosit pentru descrierea acestui comportament si subliniaza ca unii termini ca "mutilare", "vatamare", "taiere" "supradoza" au conotatii negative si pejorative ceea ca face ca sa persiste o reticenta in luarea acestor indivizi in

ingrijire cu toata seriozitatea, iar termenul de “deliberat” indica un nivel de control si o abilitate de a se abtine de la auto-vatamare care conduce la ideia ca exista o dorinta asunsa de manipulare a altora prin acest comportament.

Acest comportament este considerat de cei mai multi cercetatori ca fiind un mecanism sau o strategie neadaptativa de coping in care auto-vatamarea este folosita ca usurare a emotiilor coplesitoare si scaderea tensiunii interne; fiind un mechanism de coping se intelege de ce se exclude intentia de suicid (Gratz, 2001).

Comportamentul auto-vatamator direct

De la inceput trebuie facuta distinctia dintre comportamentul vatamator nesuicidar si cel care este facut cu intentia de a muri. (vezi Fig. Nr. 1).

Comportamentul auto-vatamator nesuicidar este de trei tipuri: i) gest sau amenintare de suicid prin care subiectul vrea sa-i lase pe alti sa creada ca exista o intentie de a muri cand de fapt nu exista nici o intentie; scopul este de a comunica distresul si de a cauta ajutorul altora (Nock & Kessler 2006). ii) comportamentul auto-vatamator direct care se refera la distructia deliberata si directa a tesuturilor corpului in absenta oricarei intentii observabile de a muri; iii) gandurile de auto-vatamare, respectiv posesia de ganduri de auto-vatamare fara a intreprinde ceva conform lor.

Comportamentul auto-vatamator indirect

Acest comportament este mult mai frecvent, noi cu toti fiind angajati in comportamente care in mod indirect pot cauza diferite daune fizice ale corpului sau psihologice, precum atunci cand consumam alcool, cand mancam prea mult, cand fumam, etc. Aceste comportamente sunt intreprinse fara intentia de a cauza daune corporale, ci din contra de a cauza placere, iar daunele sunt indirecte. Ele sunt denumite comportamente nesanatoase, sau auto-daunatoare.

FENOMENOLOGIE

Intelegerea comportamentului ascuns

Comportamentul auto-injurios direct, ca si comportamentele auto-vatamatoare indirecte (consumul de alcool, fumatul, tulburari alimentare, piromania, gambling, tulburarile de control al impulsurilor) sunt episodice, greu de anticipat si se desfasoara in ambianta privata si nu in cea clinica, ca in cazul altor tulburari psihopatologice. Asta face ca acest tip de comportamente sa fie interpretate doar pe baza naratiunuilor retrospective, ele rar pot fi observate empiric in timp real in scop de cercetare. Pentru publicul larg, comportamentul auto-vatamator este inacceptabil si

repulsiv iar daca metodele folosite sunt sever destructive acest comportament este considerat patologic ceea ce impune atentie medicala imediata si chiar internare non-voluntara. Pentru societatea in ansamblu, restaurarea comportamentului auto-destructiv semnifica restaurarea armoniei sociale si a bunastarii (Rayner si Warner, 2003).

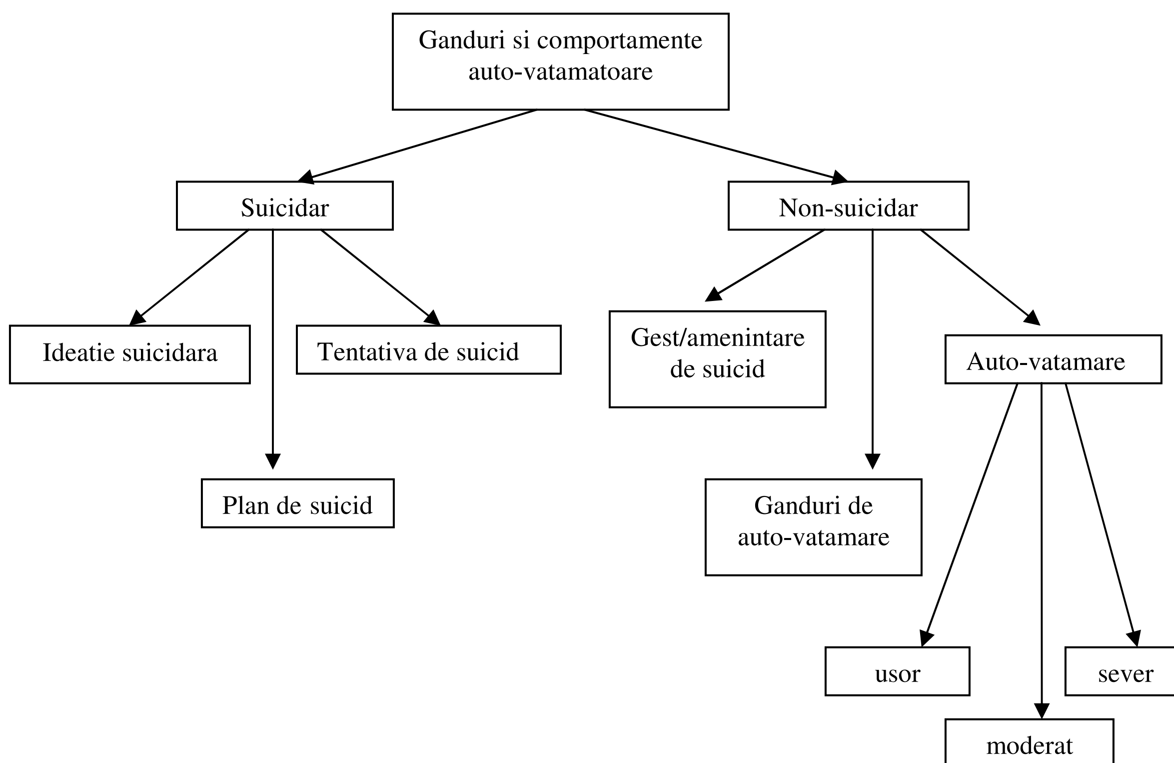


Fig Nr. 1: Clasificarea gandurilor si comportamentelor auto-vatamatoare (dupa Nock, 2009a)

De la inceput trebuie afirmat ca comportamentul auto-vatamator nu este acelasi lucru cu o tentativa de suicid. Cel mai des astfel de indivizi isi produc leziuni superficiale ale pielii si evita sa-si provoace leziuni care ar putea fi cauzatoare de moarte, vatamarea produsa de ei nu intereseaza niciodata zone sau organe vitale (Simeon si Hollander, 2001). De exemplu, acestia niciodata nu-si fac taieturi pe pielea gatului. In mod cert, comportamentul auto-vatamator este o forma clinica diferita de comportamentul suicidar.

Caracteristicile comportamentului auto-vatamator

Cea mai des intalnita **metoda** de auto-vatamare este supradoza cu medicamente sau luarea de substante toxice fara intentie de suicid si apoi taierea sau crestarea pielii de pe brate, picioare sau burta cu un obiect ascutit precum un cutit sau o lama de ras (Klonsky &

Muehlenkamp 2007). Alte metode de auto-vatamare sunt: zgarierea si scrijelarea pielii pana sangereaza, provocarea de arsuri, inserarea in piele de obiecte precum ace, inteparea pielii cu obiecte ascutite si indepartarea lor ulterioara. Mai exista si cazuri de auto-vatamare cu metode multiple. Metode mai rar folosite sunt: lovirea corpului cu un obiect contondent, muscarea, piscarea pana la sange, tragerea de par. Dupa Hawton si colab.(2007), luand in calcul toate grupele de varsta si prezentarea la serviciul de urgenta, cel mai frecvet se intalneste supradoza de medicamente sau substante nocive (80,8%), urmata de auto-vatamarea tesutulor corpului (15,1%) si pe locul trei, metoda combinata a celor doua de mai sus. Pe esantioane comunitare, la grupa de varsta tanara, cea mai frecventa metoda de auto-vatamare este taierea cu un obiect ascutit (lama, cutit, ciod de sticla, etc.) (Hawton si Rodham, 2006). In capitolul de fata ne concentram asupra auto-vatamarii fizice corporale pentru ca este forma cea mai frecvent intalnita in programul de interventie in criza.

Frecventa episoadelor de auto-vatamare si severitatea lor depinde de populatia in care au fost studiate. Astfel, adolescentii si adultii din populatia generala care au raportat existenta unui comportament auto-vatamator au mai putin de 10 episoade de auto-vatamare pe toata viata, pe cand pacientii cu tulburasri psihice cu istorie de auto-vatamare raporteaza mai mult de 50 episoade de auto-vatamare pe durata vietii. Atunci cand acest comportament este prezent, subiectii raporteaza existenta gandurilor de auto-vatamare in medie in 85% din timp (Nock, 2010).

Conditii declansatoare: In mod tipic, subiectii se angajeaza in comportamentul de auto-vatamare atunci cand sunt singuri si experimenteaza sentimente sau ganduri negative (amintiri neplacute, manie si ostilitate indreptate spre sine, confuzie emotionala, vinovatie, rusine, tristete, anxietate) sau ca raspuns la situatii stressante, iar acest comportament este intreprins cu scopul auto-linistirii, a reglarii emotionale si/sau a cautarii ajutorului de la altii (Klonsky 2009). Unii tineri raporteaza sentimente de a fi coplesiti de emotii negative sau de a nu sti cum sa depaseasca evenimentul negativ pe care-l traiesc din cauza unei inabilitati de coping. Cautarea atentiei altora este o motivatie adevarata a comportamentului auto-vatamator dar este si un mod de trivializare si supra-simplificare a problemelor acestor indivizi. Cercetarile au aratat ca acesti indivizi prezinta dificultati in rezolvarea problemelor de zi cu zi, ei nu-si pot creia o rutina functionala pentru diferitele situatii de viata, tind sa ignore experientele castigate in situatii similare si au mari dificultati in a identifica locurile si persoanele pentru ajutor satunci cand au nevoie. Toate

acestea ii conduc la experienta de sentimente continue de frustrare si lipsa de control. Nu putini indivizii tin secret comportamentul lot vatamator, ei se feresc sa impartaseasca acest lucru cu alti colegii, profesorii, membrii de familie, poarta maneci lungi ca sa nu se vada cicatricile de pe brate, pentru ca traiesc un sentiment de rusine. Walsh (2006) arata ca auto-vatamarea este uneori si o expresie a contagiunii de la indivizii ce prezinta astfel de comportamament, in spatele ei aflandu-se dorinta tinerilor de a comunica, de a rezolva conflicte, de a genera intimidate sau de a fi impreuna.

Consecinte: Interesant este ca atunci cand adolescentii raporteaza astfel de comportamente, ei recunosc existenta si a altor compulsii precum cea de a consuma alcool sau droguri, de a manca excesiv, ceea ce sugereaza ca si aceste comportamente au aceiasi functie de auto-calmare (Nock, 2010). In mod paradoxal, acesti indivizii nu raporteaza durere sau doar putina durere in timpul vatamarii.si prezinta o scadere generala a sensibilitatii dureroase (de ex. la agenti termici sau la presiune). Tot ei raporteaza si mai multe consecinte negative ale comportamentului auto-vatamator precum sentimente de manie, vinovatie si rusine (Klonsky 2009).

Mentinere: Comportamentul auto-vatamator este mentinut cand balanta dintre beneficiile (auto-linistirea) si consecintele negative este in favoarea celor pozitive. Daca nu se intervine, comportamentul auto-vatamator se declanseaza la factori din ce in ce mai mici, precum frustrari obisnuite sau insasi gandul de a se angaja in acest comportament sau dorinta de a manipula ambianta (parinti, prieteni, etc) pentru a obtine un beneficiu secundar si astfel comportamentul este reintarit.

Comportamentul auto-vatamator si varsta

Este bine stabilit astazi ca prevalenta comportamentului auto-vatamator la grupa de varsta 15-24 este mai ridicata la alte grupe de varsta. Acesta se explica prin faptul ca la aceasta varsta exista mai multe intrebari existentiale nerezolvate, o imaturitate cognitiva, deficiente in gandirea abstracta si in rezolvarea problemelor; tinerii sunt mai inclinati sa considere diferite situatii negative de viata ca esec personal, in schimb adultii initiaza auto-vatamarea in legatura cu dorinta de a scapa de situatii si probleme de nesuportat si din dorinta de a atrage atentia sau a cauta ajutorul (Hjelmeland si Grøholt, 2005). Prevalenta si caracteristicile comportamentului auto-vatamator la copii sub 15 ani a fost studiate mult mai putin si Hawton si Harriss (2008) gasesc pe un lot de 710 copii de aceasta varsta ca ei initiaza acest comportament mai ales in

legatura cu dificultatile curente de viata (familie, scoala) si ca acesta nu anticipeaza dorinta de suicid. Pentru Hall-Patch (2011) adolescentii care se auto-vatama prezinta dificultati in diferentierea si individualizarea de obiectul dragostei si in identitatea si independenta proprie. Ei mai prezinta probleme de imagine corporala, conflicte cu autoritatea, tulburari de formare a relatiilor romantice si in exprimarea diferitelor roluri sociale.

Dupa Dennis si Owens (2012) batrani prezinta rate de suicid si de comportament auto-vatamator mai mici decat alte varste iar metodele alese de ei sunt mai putin injurioase dacat la adulti. Vulnerabilitatea lor este data de schimbarile si conflictele de tranzitie de rol, sentimentul de lipsa de speranta, anxietate, depresie, cresterea ostilitatii si impulsivitatii prin deteriorare cognitva si de probleme de adaptare la singuratate si abandon.

Studii longitudinale au decelat anumite grupe de indivizi cu vulnerabilitate la auto-vatamare printre care detinutii din sistemul peneteciar si prizonierii din diferite tipuri de recluziune, azilantii din tari sarace sositi in tari dezvoltate, veteranii din razboaiele curente (Irac, Afganistan, etc.) sau indivizi homosexuali sau bisexuali (Royal College of Psychiatrists, 2010).

MODELUL TEORETIC INTEGRATIV AL AUTO-VATAMARII

Ceea ce se stie astazi despre comportamentul auto-daunator este ceea ce profesionisti au inteles din narativele indivizilor cu acest comportament. Insa trebuie stiut ca acesti nu exceleaza in comunicare, initiaza acest comportament in intimitate, multi il tin ascuns si clinicianul ia contact cu aceasta problematica in mod retrospectiv. Dupa cum spunea Favazza (1998) ceea ce se stie este de fapt un “contratransfer”, adica ceea ce a intuit, trait sau imaginat clinicianul avand in fata un astfel de subiect.

Diferite modele teoretice au fost avansate in ultimii ani dupa care comportamentul auto-vatamator are rolul de a demonstra controlul asupra dorintei de sex sau de moarte, de a defini granitele dintre self si altii, de a incheia episoadele dissociative sau de a se proteja de mania celorlalti. El este si expresia stimei de sine scazute si a dorintei de a manipula pe altii. Suyemoto (1998) destinge sase modele functionale ale comportamentului auto-vatamator care sunt prezentate in tabelul Nr. 1.

Modelul functional	**Caracteristici**
Modelul social	Auto-vatamarea creiaza raspunsuri care sunt reintarite de mediul social pentru a permite exprimarea lucrurilor inexprimabile si sublimarea conflictelor amenintatoare;
Modelul antisuicidar	Auto-vatamarea are functia de a inlocui suicidul, de a creia un compromis intre dorinta de a trai si de a muri;
Modelul sexual	Auto-vatamarea izvoraste din conflictele deschise ale sexualitatii;
Modelul reglarii afectului	Auto-vatamarea are rolul de a exprima si controla mania, anxietatea sau durerea psihologica care nu pot fi exprimate verbal sau prin alte mijloace;
Modelul disociatiei	Auto-vatamarea este un mod de a opri sau de a depasi efectele disociatiei care rezulta din intensitatea emotionalitatii;
Modelul limitelor interpresonale	Auto-vatamarea este o incercare de a creia distinctia dintre self si altii, un mod de a se proteja impotriva tendintei de a-si pierde identitatea.

Tabelul Nr. 1: Modelele explicative ale comportametului auto-vatamator (Suyemoto, 1998).

Factorii de risc ai acestui comportament sunt: istorie de abuz in copilarie, comorbiditatea cu boli mentale, abilitate verbala scazuta, identificarea cu subculture Goth (Nock si colab. 2006).

Auto-vatamarea este intreprinsa ca o metoda de a regulariza experienta cognitive/afectiva si a influenta/regla ambianta sociala in directia dorita. Acest comportament este intarit de factori precum tulburari de autoreglare emotionala, hiperactivitate vegetativa ca raspuns la stress, inabilitati de coping, greutati in expresia verbala sau persoana alege acest comportament in competitie cu alte comportamente (consum alcool/drog, sex, excese alimentare). In Fig. Nr. 2 este prezentata schema modelului teoretic integrativ al comportamentului auto-vatamator propus de Nock (2009a). Tofthagen si Fagerstrom (2009) interpreteaza comportamentul auto-vatamator intr-o paradigma evolutionista si spun ca auto-vatamarea este expresia mentala a unei dureri interne si generarea unei dureri fizice are ca scop tocmai alinarea diferitelor forme de durere interna. Lewis si colab (2011) considera ca auto-vatamarea raspunde la un model cognitiv-social care explica comportamentul vatamator in functie de atitudinile individului si a altora fata de astfel de comportament si fata de perceperea nivelului de control a acestuia; daca atitudinile personale sau normele sociale sunt positive atunci individual se angajeaza mai des in astfel de comportament si astfel s-ar putea explica variatiile culturale ale incidentei acestuia.

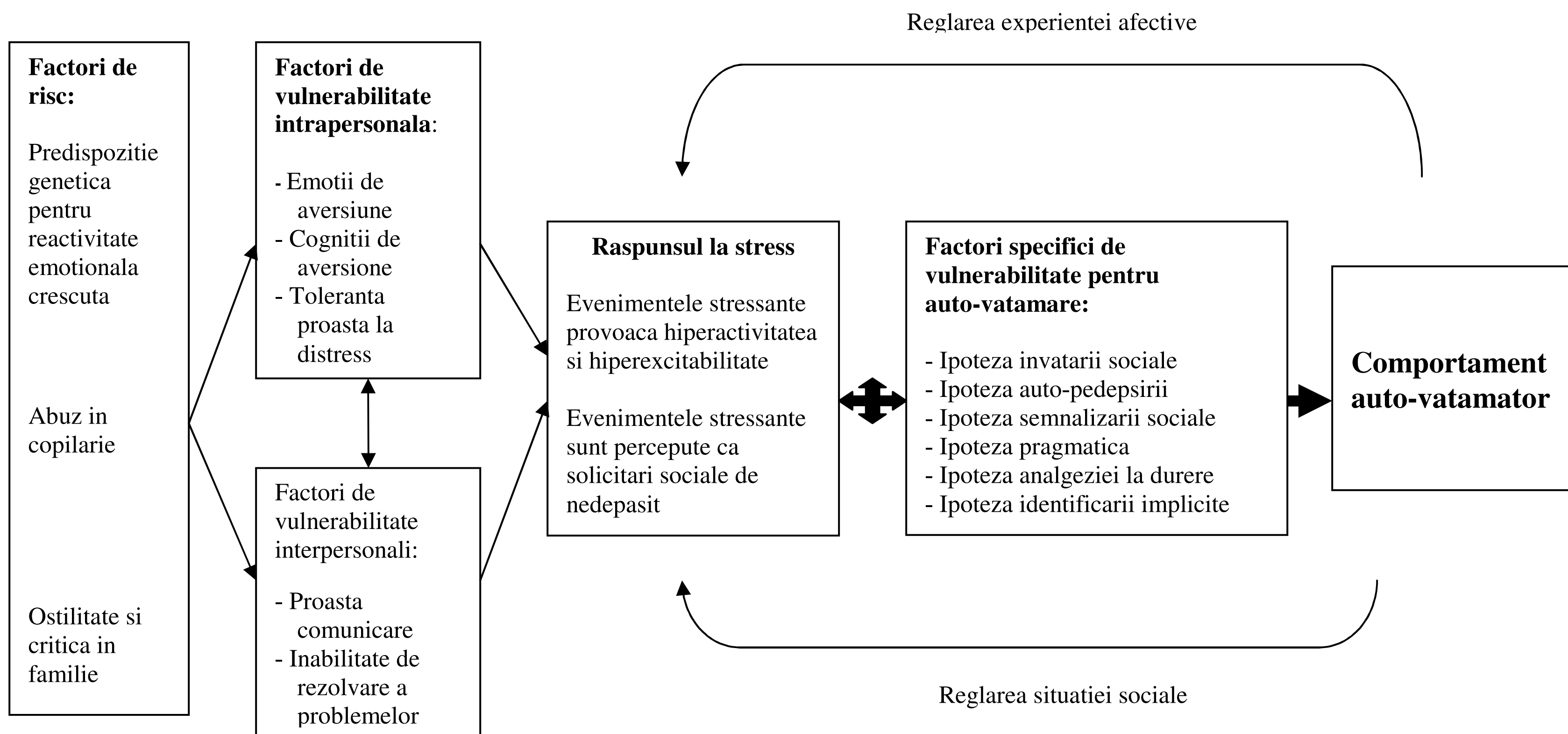


Fig Nr. 2: Modelul teoretic integrativ de initiere si mentinere a comportamentului auto-vatamator (Nock, 2009)

Functiile comportamentului auto-injurios

Din perspectiva functionala, auto-vatamarea este mentinuta prin patru mecanisme de reintarire: i) auto-vatamarea poate fi mentinuta de intarirea intrapersonala negativa cand comportamentul este urmat imediat de o scadere sau disparitie a gandurilor sau emotiilor aversive precum mania, eliberarea de ostilitate si revansa; ii) auto-vatamarea poate fi mentinuta de reintarirea intrapersonala pozitiva cand comportamentul este urmat de aparitia sau cresterea sentimentelor sau gandurilor asteptate (autostimulare, satisfactie de a fi fost auto-pedepsit); iii) cand este urmata de aparitia evenimentului social dorit (atentie, suport, ajutor); v) cand comportamentul este urmat de scaderea sau disparitia unui eveniment social (oprirea bascaliei, oprirea conflictului cu parintii, etc.).

De decenii, auto-vatamarii i-au fost descrie calitatile de a reduce tensiunea si ca mijloc de semnalizare a nevoii de suport si atentie fata de altii datorita incapacitatii de a utiliza un limbaj impartasit de ceilalti (Favazza 1989). Hall-Patch (2011) face urmatoarea lista cu motivatiile potentiale ale comportamentului auto-vatamator (vezi Tabelul Nr. 2)

- comportament invatat si reintarit	- influenta interpersonala sau sistemica
- reglarea afectului	- bararea impulsului de a muri (antisuicid)
- simbolism sexual	- comunicarea si externalizarea durerii
- oprirea sau creiarea disociatiei	- reintarirea granitelor interpersonale
- auto-pedepsire	- crearea identitatii
- cautarea senzatiei	- scaparea de distress emotional intolerabil
- scaparea de sentimente de infrangere, lipsa de speranta si lipsa de ajutor	- perturbarea activarii schemelor suicidare
- controlul dorintei si abilitatii de moarte prin suicid	- reintarire prin efectele pozitive ale experientelor trecute de auto-vatamare

Tabelul Nr. 2: Motivatiile posibile ale comportamentului auto-vatamator (Hall-Patch, 2011)

Comportamentul auto-vatamator la indivizii cu retard mental este in multe privinte diferit (de ex. lovirea capului de obiecte in fata altora, frecventa scazuta a taiatului pe vrate, etc.) dar functiile lui in relatiile sociale par sa fie aceleasi, in special cautarea atentiei si ajutorului.

Intelesul comportamentului auto-vatamator:

Exista un consens larg in a afirma ca indivizii isi produc injurii ale corpului in dorinta de a transfera o durere interna intr-una fizica, corporala, lucru care conduce si la controlul emotiilor

care altfel par necontrolabile. Acesta este limbajul simbolic al auto-vatamarii, este un alt mod de "a spune ceea ce este de nespus" (Nock, 2010). Exista mai multe intelesuri ale auto-vatamarii pe care indivizii le nareaza cu diferite ocazii sau incearca sa le ascunda cu alte ocazii (Mike Smith, 2005) (vezi tabelul Nr. 3).

sa supraviatuiesc	*sa vad sange*
sa comunic	*sa verific daca sunt viu*
sa depasesc problemele	*sa simt ceva*
sa ma simt mai bine	*pentru ca merit sa ma pedepsesc*
sa transfer durerea emotionala in una fizica	*sa pedepsesc pe altii*
sa arat ca sunt diferit	*sa am control mai bun*
sa apartin la ceva	*sa arata cat sunt de "complex"*

Tabelul Nr. 3: Intelesurile ascunse ale comportamentului auto-vatamator (Mike Smith, 2005)

"Doream sa omor ceva in mine, acest sentiment ingrozitor era ca un vierme care mergea prin nervii mei. Cand am descoperit lama de ras si taiatul, daca ma crezi, a fost ca o speranta. De la inceput, de cand era de 12 ani, a fost ca un miracol, o revelatie. Lama aluneca usor, fara durere pe pielea mea, ca un cutit care intra in unt. O alunecare ca o raza de lumina, o taietura intre ce a fost si ce e dupa. Toata confuzia, haosul, furia, incertitudinea si disperarea se evaporau intr-o secunda, era ca un moment de coerenta, de intregire a selfului.O linie trasata pe nisip marcand ideia ca corpul e al meu, carnea si sangele lui este sub comanda mea"
Fragment din naratiunea unui adolescent cu comportament auto-vatamator (Kettlewell,1999)

Factorii generali de risc

Unii indivizi poseda o vulnerabilitate intrapersonala si interpersonala care limiteaza capacitatea lor de a raspunde la evenimente stressante, arata incapacitatea de a tolera distresul si frustrarea, slaba capacitate de a suprima gandurile si emotiile aversive, hiperreactivitate la emotii negative, lipsa de control emotional, proasta capacitatre de a comunica cu altii sau de rezolovare a problemelor, toate conducand la probabilitatea de a folosi auto-vatamarea sau alte comportamente maladaptative pentru a regla experientele afectiv/cognitive sau pe cele sociale

(Nock & Mendes 2008). Acestea explica si relatia dintre auto-vatamare si afectiuni psihiatrice precum depresia, anxietatea, tulburari ale controlului impulsurilor, tulburarea marginala de personalitate si foarte recent si relatia cu tulburarea obsesiv-compulsiva (McKay si Andover, 2012).

In tabelul Nr. 4 se prezinta factorii psiho-sociali nespecifici de risc pentru auto-vatamare (Hall-Patch, 2011).

Factori psihologici de risc	Factori sociali de risc
- Nivel inalt de emotii negative precum ostilitate, manie, anxietate - Dificultati de coping cu emotiile negative - Tendinta de evitare - Impulsivitate - Lipsa de percepere a controlului propriului comportament - Existenta de ganduri de auto-vatamare - Psihopatologie, in special depresie, anxietate, personalitate marginala, tulburare obsesiva - Experienta emotionala de goliciune interioara, insensibitate, confuzie - Stiluri cognitive maladaptative - Lipsa sau incapacitate de acces la resursele de coping - Atitudini positive fata de auto-vatamare - Efecte positive psihologice ale auto-vatamarii precum reglarea emotiilor	- Experiente timpuri de lipsa de ingrijire si rejectie - Legaturi de atasament distorsionate - Izolare sociala - Experiente de hartuire si intimidare (de ex. bascalie, umilire) - Experiente de abuz, trauma - Experiente de pierdere si doliu - Conflicte interpersonale si familiale - Saracie si statut socioeconomic scazut - Nivel scazut de educatie - Atitudine normative pozitiva fata de auto-vatamare - Invatare sociala a comportamentului auto-vatamator - Efecte sociale pozitive si reintarirea sociala a comportamentului auto-vatamator

Tabelul Nr. 4: Factorii psiho-sociali de risc pentru auto-vatamare (Hall-Patch, 20011)

Factori de risc specifici auto-vatamarii. Factorii de risc sunt clasificati in functie de teoria prin care se justifica comportamentul auto-vatamator.

Ipoteza invatarii sociale. Conform acestei teorii, indivizii sunt influentati de comportamentele altora din jur observand si invatand aces comportament si beneficiile lui.

Ipoteza auto-pedepsirii. Oamenii aleg sa se angajeze in comportamentul auto-vatamator ca un mijloc de a regla emotiile si gandurile si a regla situatiile sociale si sa aibe un vehicol pentru pedepsirea de sine pentru ceea ce subiectul interpreteaza ca "greseli" sau pentru a raspunde gandurilor de depreciere proprie sau manie indreptata fata de propria persoana (Nock, 2010). Studii recente releva ca auto-pedepsirea este motivul primar in angajarea in comportamentul auto-vatamator (Nock, 2010) iar ostilitatea si mania fata de propria persoana este raportata ca factori precipitanti pentru episoadele repetitive de auto-vatamare (Nock si colab. 2009a). Prezenta auto-pedepsirii si a gandurilor de auto-blamare pot fi si expresia unei depresi majore si a distorsiunilor cognitive subjacente.

Ipoteza semnalarii sociale. Aici comportamentul auto-vatamator este declansat de dorinta de a comunica distresul propriu cu altii in acest fel in loc de a folosi limbajul sau alte expresii mai putin vatamatoare. Subiectul considera ca acest mod este efectiv in solicitarea ajutorul decat a striga sau a plange, de exemplu.

Ipoteza analgeziei dureroase. Subiecti care se angajeaza in auto-vatamare raporteaza sensibilitate scazuta la durere si alti agenti nociceptivi si aceasta s-ar datora unui nivel crescut de endorfine in corpul lor.

Ipoteza pragmatica. Conform acestei ipoteze oamenii aleg sa se auto-vatame pentru ca este un mod rapid, efectiv si usor de implementat pentru a regla propria emotionalitate si/sau experiente sociale.

EVALUAREA

Evaluarea inceareca si sa faca o predictie asupra comportamentelor viitoare de auto-vatamare insa aceasta este foarte dificil de facut din cauza lipsei de specificitate a factorilor de risc.

O alta bariera in evaluare este atitudinea personalului de ingrijire fata de indivizii cu auto-vatamare. Astfel s-a evidentat ca exista o atitudine ambivalenta exprimata de medici si surori din serviciul de garda atunci cand intalnesc astfel de pacienti si aceasta se tradeaza printr-o comunicare greoaie, artificiala sau chiar negativa fata de acestia (Palmer, 1993).

Cooper si colab. (2006) analizeaza un esantion de 9.086 cazuri pacienti primiti la servicul de urgenta pentru comportament auto-vatamator si gasesc ca pacientii care au istorie de auto-vatamare, istorie de tratament psihiatric si iau in mod curent benzodiazepine au riscul cel mai amre de a repeat comportamentul de auto-vatamare.

Ghidurile de buna practica din Anglia recomanda ca fiecare individ care se prezinta la serviciul de urgenta pentru consecintele comportamentului sau auto-vatamator sa nu fie externat pana nu i se face un interviu psihosocial care sa determine factorii declansatori, factorii favorizanti si modalitatile de coping in situatii stresante facut de un specialist in sanatate mentala. Pe baza acestuia se vor face trimiterile la tratamentele adecvate (The Royal College of Psychiatrists, 2010).

Evaluarea prezentei comportamentului auto-vatamator

Prezenta comportamentului auto-vatamator este evaluat in mod curent pe baza raportarii subiectului, fie cand este intervievat direct, fie cand i se administreaza o scala de auto-evaluare. Ca si in cazul comportamentului suicidar, comportamentul auto-vatamator apare pe fundalul a variate tulburari psihopatologice (axa I) si/sau de personalitate (axa II DSM) iar pentru Tulburarea marginala de personalitate comportamentul auto-vatamator este chiar criteriu de diagnostic.

Ca si pentru alte conditii psihopatologice, exista si pentru comportamentul auto-injurios o serie de instrumente de evaluare precum interviuri, scale si chestionare. Acestea sunt administrate cu scopul de a identifica existenta comportamentul ca atare, frecventa si severitatea acestuia precum si factorii de influenta. Putine instrumente au fost concepute pentru a evalua standardizat comportamentul auto-vatamator si acestea sunt: the Suicide Attempt Self-Injury Interview (Linehan si colab. 2006), the Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview (Nock si colab. 2007), the Deliberate Self-Harm Inventory (Gratz, 2001) si Functional Assessment of Self-Mutilation (Lloyd si colab. 1997). Toate aceste instrumente au fost dezvoltate in scop de cercetare si nu exista o evidenta serioasa asupra validitatii si confidentei lor. Cu toate acestea ele cauta sa culeaga o serie intreaga de informatii utile precum tipul de vatamare, varsta de debut, durata, frecventa, felul de vatamare si instrumentele folosite, severitatea vatamarii fizice, functiile psihologice, antecedentele si consecintele, nevoia de interventie medicala, relatia cu suicidalitatea si impactul asupra calitatii vietii. Utilizarea lor clinica este foarte limitata, in special in cazul adolescentilor, pentru ca subiectii cu comportament auto-vatamator nu comunica onest intr-un context standardizat, cu un algoritm al intrebarilor care le lasa impresia ca sunt la interogatoriu sau ca nu sunt intr-un loc in care situatia lor este privita cu intelegere. In schimb exista dorinta lor de a se identifica in mod indirect cu probleme conexe auto-vatamarii.

Existanta semnelor de alarma dupa care s-ar putea identifica un presupus individ cu comportament auto-vatamator a atrenat multe dispute pentru ca acestea nu s-au putut niciodata proba in studii clinice controlate pentru ca pe de-o parte acesti subiecti sunt refractari sa participe la astfel de studii, iar pe de alta acesti acest comportament este totdeauna efectuat in spatiu privat si rar este anuntat de la inceput. In tabelul Nr. 5 este prezentata o lista de semne de alarma pentru comportamentul auto-vatamator dupa care s-ar putea recunoaste un astfel de subiect (The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2009)

Semne psihologice	**Semne fizice**
• schimbari dramatice ale dispozitiei, in special la dolescenti sau la adulti cu istorie de auto-vatamare • schimbari in modelul de alimentatie sau de odihna (somn) • pierderea interesului pentru prieteni sau activitati sociale • intrerupera comunicarii regulate cu familia sau prietenii • ascunderea hainelor sau spalarea lor separat • nu mai este interesat de activitatile favorite • probleme cu relatiile • stima de sine scazuta • tine secret sentimentele • evita situatiile unde ar trebuie sa-si expuna bratele sau picioarele (de ex. sa mearga la bazinul de innot) • furnizeaza scuze ciudate pentru cicatricile pe care le poseda • scadere dramatica in functionarea domestica, la serviciu sau scoala • retragere sociala	• inexplicabile leziuni precum zgarieturi, taieturi, arsuri • inexplicabile plangeri medicale recurente precum dureri de stomac sau de cap • purtarea de haine nepotrivite precum haine cu mainici lungi, pantaloni lungi, etc, in mijlocul verii • smulgerea de fire de par, muscatul unghiilor, tragerea de degete sau piele cand este suparat sau stresant • ascunderea de chibrituri, lame de ras sau alte obiect ascutite in locuri neobisnuite in camera proprie • folosirea de droguri

Tabelul Nr. 5: Lista cu semnele de alarma ale comportamentului auto-vatamator pentru recunoasterea unui individ cu un astfel de comportament (The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2009)

Abordarea unui individ cu comportament auto-vatamator.

Lucrul cel mai important la primul contact cu un astfel de subiect, este ca lucratorul din criza sa ramana calm si sa creieze premizele unei comunicari deschise si autentice. El trebuie sa se reconande, sa explice rolul sau si al programului de criza. El trebuie sa evite orice comentariu critic sau iscoditor, sa incerce sa valideze sentimentele si actele subiectului si apoi sa incerce sa

le normalizeze cu tact si respect. Daca este necesara ingrijire medicala, lucratorul trebuie sa evite exprimarea sentimentelor de dezgust, orare fata de ranile prezentate, sa evite rapunsuri punitive sau generatoare de rusine si nici sa treaca in extrema cealalta fiind prea milos si zelos. El trebuie sa fie echilibrat emotional si sa ofere subiectului confort si incredere. La fel el trebuie sa descrie procedurile medicale necesare pentru ingrijirea ranilor prezentate si sa ceara acordul pentru tratamentul acestora. Subiectul este liber sa aleaga daca ramane sau pleaca din program, dar nu inainte de a i se arata capacitatea de a facilita ingrijirea medicala cuvenita. Daca subiectul accepta, lucratorul in criza trebuie sa acompanieze subiectul pana in serviciul medical de urgenta pentru tratament. Daca contactul este le telefon, lucratorul in criza trebuie sa incerce cu tact si profesionalism sa evalueze severitatea vatamarilor suferite de subiect si sa-l incurajeze sa se prezinte pentru ingirijiri medicale adecvate.

Conceptualizarea comportamentului auto-vatamator

Scopul evaluarii este evidentierea modului cum apare si se mentine comportamentul auto-vatamator si decelarea factorilor declansatori, respectiv de ce individual se angajeaza in acest comportament auto-injurios, care sunt antecedentele si consecintele lui si care sunt factorii care i-l intretin. Pe baza acestui tip de evaluare se conceptualizeaza cazul in speta, se particularizeaza intreaga fenomenologie a auto-vatamarii, conditiile favorizante si declansatoare, mesajul din spatele acestui comportament, reaintarirea lui, consecintele lui si se poate astfel dimensiona o interventie individualizata .

Evaluarea practica a indivizilor cu comportament auto-vatamator

De la inceput trebuie spus ca intalnirea cu un individ care si-a produs singur vatamari corporale este o problema pentru majoritatea clincienilor, acestia putand prezenta reactii negative precum soc, dezgust, judecati critice, ostilitate, rejectie, teama. Toate aceste emotii sunt contra-productive din punct de vedere terapeutic ca si cea din cealalta extrema, precum atitudinea de compasiune si efuziune emotionala hipersuportiva. Walsh (2007) recomanda o tinuta neutra, profesionala, calma si platonica care nici nu acuza sau pedepseste dar nici nu incurajeaza sau sustine un astfel de comportament. Kettlewell (1999) recomanda sa se raspunda cu o “curiozitate respectoasa” la comportamentul auto-injurios, respectiv sa se puna intrebari genuine despre ce s-a petrecut, ce motivatie si ce inteles a avut aceasta, aceasta “curiozitate” avand darul sa deschida o usa pentru o comunicare onesta.

Din cele de mai sus se intelege de ce instrumentele standardizate de evaluare au o utilitate clinica limitata si cea mai buna metoda de evaluare ramane interviul clinic nestructurat, in fapt o conversatie deschisa, dinamica si flexibila.

Ghidul NICE pentru auto-vatamare (Kendall si colab. 2011) recomanda o evaluare psihosociala a fiecarui individ cu comportament auto-vatamator, evaluare care conduce la intelegerea distorsiunilor comportmentale, la angajarea subiectului intr-o relatie terapeutica si la initiarea unui plan therapeutic. Aceasta evaluare trebuie sa cuprinda urmatoarele aspecte:

1. Evaluarea nevoilor subiectului:

1.1. abilitatile, capacitatile si strategiile de coping,

1.2. problemele/tulburarile mentale si fizice,

1.3. circumstantele si problemele sociale,

1.4. functionarea ocupationala si psihosociala si vulnerabilitatile ei,

1.5. dificultatile de viata recente si curente incluzand problemele personale si financiare,

1.6. nevoia de interventie psiho-sociala, suport social, reabilitare ocupationala, tratament pentru abuz de alcool/droguri si conditii associate,

1.7. nevoile copiilor dependenti de subiect.

2. Cand se evalueaza copii sau adolescenti cu auto-vatamare se urmaresc aceleasi principii ca pentru adulti (cele de mai sus) si se adauga o evaluare completa a situatiei lor familiale, sociale si problemele de protectie a copilului.

3. Cand se evalueaza riscul de repetitie a auto-vatamerii sau riscul de suicid, se ia in considerare urmatoarele:

3.1. metodele si frecventa auto-vatamarii curente si trecute,

3.2. ideatia/intentia curenta si trecuta de suicid,

3.3. simptomele depresive si relatia cu auto-vatamarea,

3.4. orice alte tulburari psihiatrice si relatia lor cu auto-vatamarea,

3.5. contextual social si personal si orice alti factori care au precedat auto-vatamarea, precum stari afective, emotii sau schimbari in relatiile interpersonale,

3.6. factori specifici de risc si protectivi (sociali, psihologici, farmacologici, motivationali) care pot creste sau descreste riscul de auto-vatamare,

3.7. strategiile de coping pe care persoana le utilizeaza cu succes sau nu,

3.8. relatii importante care pot fi suportive sau nocive (precum abuzul sau neglijarea) si care conduc la modificari ale nivelului de risc,

3.9. riscul imediat si pe termen lung.

4. A nu se folosi instrumente sau scale de evaluare sau predictie a comportamentului de auto-vatamare din cauza valorii lor modeste sau chiar absente de a furniza informatii confidente.

Voi prezenta mai jos modalitatea de evaluare a subiectului cu comportament auto-vatamator asa cum recomanda Walsh (2007).

Se incepe cu instalarea unui ton de conversatie respectos, non-critic, de autentic interes si curiozitate pentru ceea ce face sau a facut subiectul. Se recomanda ca subiectul sa fie invitat si lasat sa vorbeasca, clinicianul trebuie sa fie flexibil, sa ofere timp subiectului, sa utilizeze abilitatile de ascultare activa si empatica si sa nu-l intrerupa nici cand divagheaza. Scopul principal este sa obtina o naratiune cat mai completa despre contextul cand subiectul initiaza auto-vatamarea, factorii favorizanti si declansatori, factorii care-l faca sa renunte sau sa amane acest comportament, gandurile si emotiile care sustin acest comportament si consecintele lui.

In tabelul Nr. 6 se prezinta subiectele de abordat in comunicarea cu clientul. Se incepe cu detaliile episodului recent de auto-vatamare, cel care l-a condus la contactul cu programul de interventie in criza sau serviciul de urgenta. Se culeg informatii despre cum se desfasoara un episod de auto-vatamare, daca este vorba de injurii ale pielii se intreba ce regiune a corpului este afectata, ce instrumente se folosesc, ce gandeste si simte in timpul si dupa aceasta actiune, care este intelesul si mesajul pentru el si ceilalti, cine stie despre comportamentul lui si care este reactie acestora, care sunt partile positive si negative ale acestui comportament, ce intentioneaza in viitor si daca acest comportament este legate de o ideatie suicidara si daca doreste ajutor pentru acest comportament si ce tip de ajutor asteapta si de la cine. Se continua prin a deosebi acest comportament de comportamentul suicidar si se cauta existenta gandurilor suicidare, a intentiei si planurilor de suicid. Apoi se continua cu examinarea statutului mental dupa grila traditionala cu scopul de a decela afectul si dipozitia subiectului ca si tulburarile cognitive si de judecata, in special modul de control al emotiilor si impulsurilor, distoriunile cognitive, atitidinile disfunctionale cognitive, schema corporala si tulburarile ei, judecata si insightul. Apoi se trece de la momentul prezent la trecut si se culeg date despre istoria comportamentului auto-injurios al subiectului, cand a debutat, in ce conext, care au fost factorii care l-au intretinut, metodele de infaptuire, frecventa, istorie de tulburari psihopatologice si contacte cu sistemul

psihiatric, consumul de alcool si droguri, ce rol a jucat in viata emotionala si sociala a subiectului, care au fost functiile si mesajele lui, modalitatile de cautare a ajutorului, consecinte medicale, psihologice si sociale.

In a treia etapa sa face un interviu psihosocial care are ca scop evaluarea istoriei personale si identificarea elementelor de vulnerabilitate precum abuzuri si traume, familie disfunctionala, abandon, fuga de acasa, copilarie petrecuta in plasament familial sau institutii, istorie de delicventa, afiliatie la grupuri marginale, tulburari de comportament, tulburari de control al impulsurilor, agresivitate. Pentru subiectul adult, interviul psihosocial atinge atat traiectul developmental cat si stadiul actual, aspectele interpersonale, tranzitiile de rol, deficitele de functionare si modalitatile de coping cu evenimentele negative de viata.

I. Istoria de auto-vatamare - Varsta de debut - Tipul de auto-injurie - Functii - Rani pe episod - Frecventa episoadelor - Durata unui episod - Durata problemei - Aria corpului - Extinderea injuriilor corporale - Alte forme de auto-vatamare	**III. Antecedene** - personale si familiale - biologice/medicale - cognitive - afectiv - comportamentale - relatii interumane - scoala/munca - legale/juridice
II. Detaliile auto-vatamarii recente - Tipul/tipurile de auto-vatamare - Functii - Numbr de injurii corporale - Timpul cand se efectueaza - Extinderea vatamarilor fizice - Zona corporala - Modelul injuriilor produce - Instrumente utilizate - Locatia - Contextul social	**IV. Consecinte** - sociale - biologice/medicale - cognitive - afective - comportamentale - legale

Tabelul Nr. 6: Domeniile cheie de evaluat la un individu cu comportament auto-vatamator (Walsh, 2007).

O alta metoda recomandata de evaluare a comportamentului auto-injurios este “Inventarul auto-vatamarii deliberate” a lui Gratz (2001). Acest inventar este bazat pe definitia dupa care comportamentul auto-vatamator este acel comportament deliberat care conduce la distructia sau alterarea directa a invelisului corpului fara dorinta constienta de a produce moarte. Inventarul cuprinde 17 intrebari la care se raspunde cu DA (prezent) sau Nu (absent) care culeg o

descriere amanuntita a comportamentului vatamator al subiectului si frecventa lui. In tabelul Nr. 7 se prezinta aceste intrebari ale inventarului lui Gratz (2001).

Te rog sa raspunzi onest la intrebarile de mai jos. Raspunde cu DA numai daca comportamentul a fost facut cu intentie si nu accidental. Raspunsurile vor ramane confidentiale.
1. Te-ai taiat vreodata in mod deliberat pe brate, maini sau alte zone ale corpului fara intentia de a-ti provoca moartea? 1 = DA 2 = NU Daca DA: - La ce varsta s-a intamplat aceasta prima oara? - De cate ori ai facut aceasta? - Cand a fost ultima oara? - De cat timp (luni, ani) ai astfel de obicei? (Daca nu mai faci spune cat timp ai facut inainte de a te opri) - A fost aceasta leziune atat de severa incat a condus la spitalizare sau la tratament medical? *Aplica aceste intrebari de mai sus pentru fiecare din intrebarile care urmeaza la care s-a raspuns cu DA*
2. Te-ai ars cu tigara?
3. Te-ai ars cu chibrituri sau cu bricheta?
4. Ti-ai crestat cuvinte pe piele?
5. Ti-ai crestat desene, figure sau alte semen pe piele?
6. Te-ai zgariat asa de adanc incat a curs sange?
7. Te-ai muscat de s-a rupt pielea?
8. Ti-ai frecat pielea cu hartie abraziva/de polizat?
9. Ti-ai picurat acid pe piele?
10. Te-ai dat pe piele cu alte substante caustice?
11. Ti-ai infipt in piele ace, bolduri, pioneze, agrafe (nu se include acele pentru tatuaj, piercing, injectii)
12. Te-ai zgariat/taiat cu cioburi de sticla?
13. Ti-ai rupt oase?
14. Te-ai dat cu capul de ceva dur de ai capatat vanatai?
15. Te-ai lovit cu pumnul de ti-ai facut vanatai?
16. Nu ai lasat ranile sa se vindece?
17. Ai facut altceva care sa te raneasca si nu este cuprins in acest chestionar? Ce?

TABELUL Nr. 7: Inventarul vatamarii deliberate (Gratz, 2001).

Mike Smith (2005) propune o evaluare a comportamentului auto-vatamator in 5 domenii:

- Intentia: *"Reprezinta aceasta dorinta ta de a-ti curma viata sau este doar dorinta ta de a-ti controla emotiile sau a opri durerea?"*
- Directia: *"In ce masura vatamarea ta este legata de emotiile tale? Este auto-vatamarea legata intr-un fel de ce se intampla in viata ta? Stii de ce iti provoci vatamari/rani, arsuri/taieturi/?"*
- Controlul distress-ului: *"In ce masura controlezi cand, unde, cum si cat de mult o sa te ranesti?"*
- Letalitatea potentiala: *"Ai o limita de cat de serios te vei rani? O poti respecta? Faci vreun efort ca sa nu te ranesti prea tare? Folosesti vreu un plan ca sa ramai in siguranta atunci cand te ranesti?"*
- Recurenta: *"Cat de des te ranesti in acest fel? Ai vreun ritm anume? Actualmente te ranesti mai des sau mai rar?"*

Diferenta dintre suicid si auto-vatamare

Unele din metodele folosite pentru auto-vatamare sunt folosite si pentru suicid si principala deosebire intre cele doua comportamente este intentia deliberate de a se sincide sau nu. Insa nu trebuie uitat ca o patrime din cei care se prezinta pentru auto-vatamare la serviciul de urgenta se vor sinucide in urmatorul an (Hawton si colab. 1997). Intelesul este diferit la cele doua comportamente: spre deosebire de suicid, care este sustinut de o dorinta explicita de moarte, indivizii cu auto-vatamare se angajeaza in acest comportament intentional cu dorinta de a obtine usurarea tensiunii si stresului, de a dobandi un sens la securitatii si controlului si de a scadea nivelul gandurilor si emotiilor negative (Favaza, 1998). Deci, in timp de suicidarul vrea sa moara, individual cu auto-vatamare vrea explicit sa traiasca, si astfel se poate spune ca in ciuda asemanarilor de la prima vedere cele doua comportamente au o "etiologie" diferita. Alte diferente sunt date de persistenta comportamentelor si distributia lor la cele doua sexe. Astfel, in contrast cu suicidul, comportamentul auto-vatamator debuteaza in adolescenta si persista ani, timp in care acesta este repetitiv si prevalent la sexul feminin. Evidentierea si evaluarea celor doua comportamente se face diferit pentru ca in cazul auto-vatamarii, majoritatea subiectilor tin secret acest comportament si ii fac public doar daca sunt chestionati si sunt destul de reclacitranti in a participa la un tratament specific, in timp ce in cazul suicidului evaluarea se conduce usor pentru ca subiectul este de acord sa impartaseasca gandurile sale. Cu toate ca aceste diferete care sunt destul de robuste, exista conditii ca un comportament sa "alunece" spre celalalt si

raspunderea clincianul este foarte mare. De aceea McConaughy (2005) recomanda ca in cazul oricarui individ cu auto-mutilare sa se faca o evaluare atenta a suicidalitatii si sa se ia adordeze urmatoarele domenii importante pentru interventia ulterioara: i) gradul maniei si expresia ei; ii) nivelul stimei de sine; iii) istori de abuz, in special abuz sexual; iv) existenta distorsiunilor cognitive; v) toleranta familiei fata de expresia emotiilor subiectului; vi) scopul, beneficiile si consecintele comportamentului auto-vatamator.

Mangnall and Yurkovich (2008) recomanda un algoritm de diagnostic diferential intre suicid si auto-vatamare care este simplu si comprehensive. In Figura Nr 3. este prezentat acest model de diagnostic diferential.

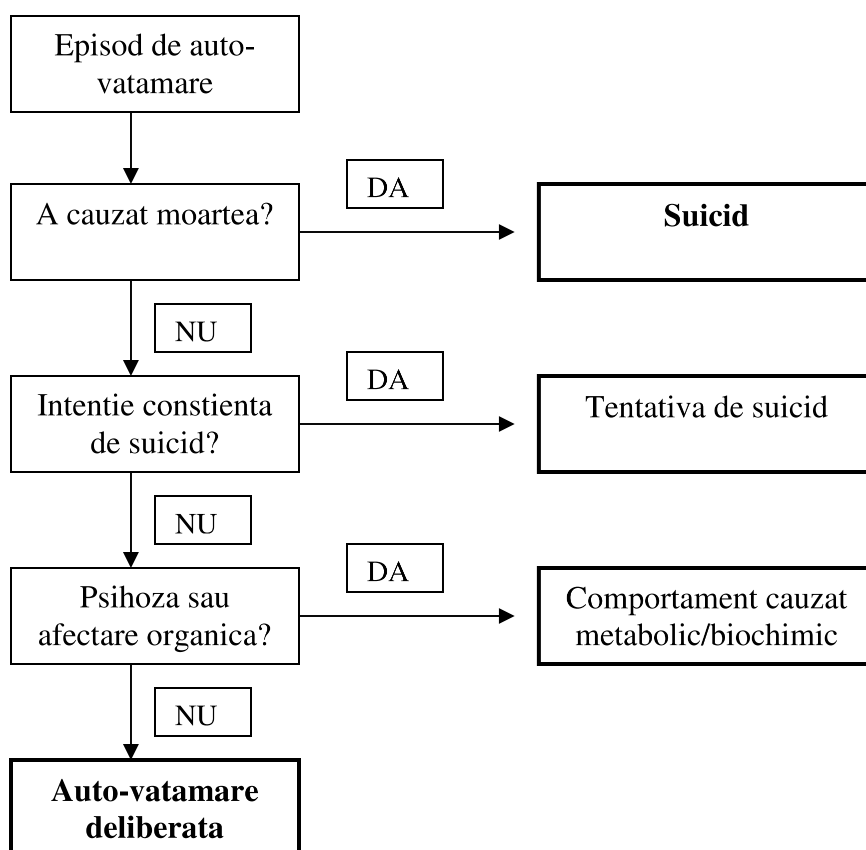


Fig. Nr. 3: Algoritm de diferentiere intre suicid si auto-vatamare (Mangnall and Yurkovich, 2008)

Este comportamentul auto-vatamator o entitate clinica aparte? In ultimele doua decenii s-au auzit tot mai multe voci care sustin delimitarea comportamentului auto-vatamator ca

o entitate clinica aparte. Astfel, Muehlenkamp (2005) spunea ca daca auto-vatamarea ar fi o tulburare separata aceasta as asigura ca "*comportamentul repetitiv auto-injurios sa nu mai fie considerat apanajul tulburarii marginale de personalitate ceea ce ar conduce la scaderea incidentei lui pentru ca acesti indivizi nu ar mai fi stigmatizati cu acest di*agnostic". Aceasta diferentiere ar creia un cadru terapeutic specific pentru aceasta tulburare comportamentala. Disponibilitatea tratametelor specific dimensionate pentru nevoile acestor indivizi cu comportament auto-vatamator ar fi benefica atat pentru ei cat si pentru sistemul de ingrijire care ar deveni mai responsiv si eficient. In tabelul nr. 8 se prezinta propunerile cu criteriile lor de diagnostic pentru tulburarea de auto-vatamare corporala repetitiva pentru a fi inclus in viitoarele clasificari nosografice (Eisenkraft, 2006).

Plener si Fegert (2012) vorbesc in numele Societatii Internationale de Studiu a Auto-vatamerii cand afirma ca "*datorita prevalentei crescute a auto-vatamarii ca reglare emotionala la adolescenti si a deosebirii ei de ideatia si intentia de suicid, este bine sa fie considerate ca o entitate separat ceea ce ar permite dezvoltarea de tratamente specifice si cercetari care sa evidentieze factorii de risc si cei declansatori ai acestui comportament aparte*".

INTERVENTIE SI PREVENTIE

Trecerea in revista a celor mai eficiente recomandari au fost colectate in ghidul NICE pentru auto-vatamare (National Institute for Health and Clinical Excellence, UK, 2011; Kendal si colab. 2011). Acest ghid prevede urmatoarele principii generale de ingrijire pentru un individu cu comportament de auto-vatamare:

- Construcieste o relatie suportiva, angajanta si de incredere;
- Fi constient de stigma si discriminarea asociata cu auto-vatamarea si accepta neconditionat subiectul asa cum e;
- Incurajeaza autonomia si independenta oricand este posibil;
- Mentine continuitatea relatiei terapeutice oricand este posibil;
- Asigura de confidentialitatea informatiilor impartasite.

Favazza (1996)	Muehlenkamp (2005)	Pattison and Kahan (1983)
1. Preocuparea cu vatamarea fizica a propriului corp;	1. Existenta preocuparii cu auto-vatamarea fizica care nu este legata de intentia sau ideatia suicidara;	1. Impulsuri bruste si recurente de auto-vatamare fara abilitatea de a le rezista;
2. Esec recurent de a rezista impulsurilor de a se vatama fizic ducand la distructia sau alterarea tesuturilor corpului;	2. Inabilitatea de a rezista la impulsul de auto-vatamare;	2. Sentimentul ca se afla intr-o situatie intolerabila pe care nu o poate depasi sau controla;
3. Cresterea tensiunii interne imediat inaintea actului de auto-vatamare;	3. Actul de auto-mutilare este precedat de cresterea tensiunii, maniei, anxietatii, disforiei, distresului general de care persoana are impresia ca nu poate scapa sau controla;	3. Cresterea anxietatii, agitatiei si maniei;
4. Sentiment de gratificare sau de linistire dupa actul de auto-vatamare;	4. Existenta sentimentului de usurare imediat dupa actul de auto-vatamare;	4. Distorsiune cognitiva conducand la ingustarea perceptiei situatiei personale si a alternativelor de actiune;
5. Actul de auto-vatamare nu este asociat constient cu intentia de suicid si nu este legat de delir, halucinatii sau retardare mentala severa.	5. Existenta unui model repetitiv de auto-vatamare in care cel putin 5 acte s-au produs (metoda de vatamare poate varia de la episod la episode);	5. Un sentiment de linistire dupa actul de auto-vatamare;
Nota: Favazza recomanda ca: "Sindromul de auto-vatamre repetitiva" sa fie incorporat in categoria Tulburarilor de control al impulsurilor nespecificate altundeva.	6. Auto-vatamarea nu este legata de psihoza, transsexualism, retardare mentala, tulburari de dezvoltare sau conditii medicale generale;	6. Dispozitie depresiva dar cu lipsa ideatiei suicidare.
	7. Auto-vatamarea cauzeaza distres clinic semnificativ sau afectare a relatiilor sociale sau in alte arii ale functionarii individului.	

Tabelul Nr. 8: Criteriile propuse pentru tulburarea de auto-vatamare repetitiva (Eisenkraft, 2006).

Deiter si colab. (2000) recomanda clinicianului din programul de criza o abordare in cinci pasi a interventiei in cazul subiectului cu autovatamare:

1. Oricand este posibil, repune clientul in controlul comportamentului si deciziilor lui. Nu judeca, arata-i ca esti dispus sa colaborezi in directia in care doreste el, ca el va fi cel care va alege tipul si nivelul ajutorului necesar, ca nu va fi contentionat si ca e liber sa ia orice decizie. Aminteste-ti ca subiectul se simte imobilizat de confuzia emotionala, are putine

resurse de a depasi si putine abilitati de coping. In felul acesta eviti retraumatizarea subiectului care este foarte senzitiv, susceptibil si suspicios. Discuta care ar fi optiunile si lasa-l sa aleaga dupa ce ai prezentat avantajele si riscurile. Nu eticheta si nu denumi nimic din comportamentul subiectului, trateaza orice reactie ca normala si evita sa escaladezi situatia daca subiectul devine manios sau ostil. Minimalizeaza pe cat se poate comportamentul lui auto-vatamator si ranile care si le-a produs, nu te mira sau nu arata repulsie sau jena, arata curiozitate profesionala asupra incidentului si valideaza trairile subiectului. Acest tip de reactie s-a dovedit efectiv in determinarea subiectului sa colaboreze si sa intre ulterior intr-o forma structurata de terapie.

2. Evalueaza impreuna cu subiectul capacitatea lui de insight si auto-control. Aceasta colaborare va conduce la gasirea unui inteles pentru incidentul care s-a petrecut. Intreaba subiectul daca este pe lume o persoana care sa-i pese de el si care l-ar putea ingriji si sa-si imagineze ca aceasta persoana este cu el acum, ce ar face aceasta, ce i-ar spune, cum l-ar ajuta si astfel se poate schita ce rol si ce maniera trebuie sa abordeze clinicianul. De cele mai multe ori astfel de subiecti au o capacitate scazuta de a tolera emotii puternice, devin repede confuzi emotional sau din contra, detasati emotional si cu sentimentul de gol interior. Clinicianul trebuie sa intrebe ce emotii experimenteaza subiectul in viata de zi cu zi, cum raspunde la emotii puternice precum singuratate, manie, tristete, cum se linisteste cand este suparat si care sunt strategiile lui de coping
3. Dezvoltarea de strategii de reintarire a auto-controlului reprezinta faza urmatoare care are ca scop resuscitarea capacitatii de autolinistire, de reducere a tensiunii, de suportare a instabilitatii sensului selfului. Se poate discuta o lista de idei de auto-linistire precum facerea unui ceai, facerea unui dus, ascultarea de muzica, o plimbare printr-o gradina sau parc, desenarea sau copierea si colorarea pe o bucata de hartie a unui model, privirea unei scene din natura, imaginarea unui loc placut si sigur, plimbarea sau alintarea unui animal de companie, plimbarea cu pasi repezi, ruperea de fi de hartie, lovirea cu pumnul a unei perne, strangerea unei bucati de gheaza in pumn, etc.

   Foarte important este sa se constientizeze ca in interventia in criza scopul este de a gasi un mod prin care subiectul sa se simta un pic mai bine pentru perioada imediata. Restul este pentru o terapie de mai scurta sau lunga durata.

4. Ajuta clientul sa identifice antecedentele incidentului. Legarea incidentului de auto-vatamare de un eveniment ajuta subiectul sa inteleaga modul de declansare a cascadei de trairi care conduc la auto-vatamare. Astfel, se indica subiectului sa se gandeasca la minutele, orele si ziua dinaintea incidentului de auto-vatamare si se discuta despre ce s-a petrecut, de ce a gandit si ce a simtit in aceasta secventa de timp, cand a aparut impulsul de auto-vatamare, daca a rezistat sau a actionat imediat, cum s-a simtit dupa aceea, cum a vazut problem dupa ce s-a auto-vatamat. Prin identificare antecedentelor, subiectul este ajutat sa-si recreieze realitatea auto-vatamarii, sa constientizeze lantul evenimentelor, semnele premonitorii, toate acestea ca o premiza pentru schimbare. Se poate acum aborda ceea ce subiectul ar distinge ca adecvat pentru preventie, alternative de coping, modalitati de amanare si neutralizare a impulsului de auto-vatamare.
5. Ultima problema care trebuie abordata colaborativ este concomitenta sau legatura posibila dintre comportamentul auto-injurios si gandurile si intentiile de suicid. Subiectul trebuie ajutat sa distinga intre cele doua comportamente, intre deliberat si inconstient, intre adaptativ si destructiv, intre a supravietui si a muri.

Lucratorul in criza trebuie sa evite mai multe stereotipuri precum ideia de a considera auto-vatamarea ca o tentativa de suicid, ca este vorba de o tentativa de manipulare si de cautare a atentie. In loc de limbajul si terminologia folosita in suicid (precum cuvintele “gest” sau “tentativa”) clinicianul trebuie sa foloseasca limbajul si jargonul tinerilor sau limbajul laic care ajuta la dedramatizarea si minimalizarea situatiei de auto-vatamare si transmiterea unui mesaj inteligibil. Primele intrebari trebuie adresate in maniera respectos-curioasa referitor la modul de auto-vatamare, senzatiile dinainte si dupa, mijloacele folosite si orice care conduce pe subiect in a initia o naratiune coerenta, oricare ar fi ea. Pe masura desfasurarii acestei naratiuni, lucratorul in criza arata o ascultare active si empatica, fara excese si compasiune inautentica. Intelesul acestei intalniri intre clinician si subiect trebuie sa fie intelegerea si acceptarea, validarea a ce s-a intamplat ca un comportament uman, nestigmatizant si ne-etichetant. Imediat dupa aceia evalueaza daca este nevoie de asistenta medicala, discuta cu el oportunitatea asistentei medicale si daca accepta, condu subiectul pana in serviciul de urgenta sau in alt loc unde poate primi aceasta asistenta. Nu te impotrivi daca subiectul refuza aceasta asistenta. Evalueaza daca exista o legatura intre auto-vatamare si vreo ideatie sau intentie de suicid. Daca subiectul este minor discuta despre responsabilitatea ta de a anunta parintii/totorele despre aceasta si fa-l sa considere

ca aceasta nu inseamna ca a fost tradata increderea pe care trebuie sa o aiba in terapist. Evalueaza co-morbiditatea, respectiv consumul de alcool si droguri si alte tulburari psihopatologice. Invata subiectul diferite tehnici comportamentale de coping cu impulsvitatea, de control al emotivitatii negative si de management al dorintei de auto-vatamare, respective tehnici de relaxare, de vizualizare imaginara, de auto-linistire, de tolerare a distresului, de distractie a atentiei de la auto-vatamare. Daca vrea sa plece sau daca este cazul sa paraseasca serviciul de criza nu se recomanda formularea unui “contract de nevatamare”, formuleaza doar o schita de plan de ingrijire care sa arata disponibilitatea serviciului de a-l lua in grija atunci cand solicita, locurile unde trebuie sa se adreseze in caz de nevoie, indrumarea la resursele disponibile in comunitate adecvate cazului (psihiatru, terapist, centru comunitar, grupuri de auto-ajutor, etc.) si cere acceptul pentru contacte de follow-up la telefon, orarul si frecventa acestora. Militeaza pentru a da telefon la serviciul de criza atunci cand subiectul are impulsul de a se auta-vatama sau de a astepta 15 minute inainbte de a o face. Aceasta din urma strategie functioneaza de cele mai multe ori in prevenire actului de auto-vatamare.

Ghidul NICE pentru auto-vatamare (Kendell si colab. 2011; National Institute for Health and Clinical Excellence, UK, 2011) recomanda ca planul de ingrijire sa cuprinda urmatoarele aspecte:

- scopurile care au fost discutate si cu care subiectul a fost de accord,
- scopurile trebuie sa fie realiste, concrete, optimiste si dimensionate pe capacitatea subiectului de a le atinge,
- sa cuprinda termene de revizuire si evaluare periodica,
- sa cuprinda si participarea altor profesionisti din reteaua de ingrijire primara (medic de familie, asistent social, etc.),
- prevenirea escaladarii comportamentului de auto-vatamare,
- reducerea severitatii vatamarii pana la oprirea ei totala;
- reducerea sau oprirea altor comportamente de risc,
- imbunatatirea functionarii sociale si ocupationale, calitatii vietii si a tulburarilor mentale associate.
- Desi majoritatea subiectilor cu comportament auto-vatamator sunt angajati in diferite forme de terapie, medicamentoase si nemedicamentoase, nu exista interventii bazate pe evidenta care sa fie efective in acest caz (Klonsky & Muehlenkamp 2007) desi s-au

incercat diferite forme de tratamente comportamentale, terapie cognitive si terapie psihodinamica. Pe de alta parte s-a constatat ca aceste cazuri sunt in marea majoritate a lor rezistente la tratament. Slee si colab. (2007) trec in revista valoarea a trei variante de terapie cognitive-comportamentala in terapia comportamentului auto-vatamator: terapia dialectic-comportamentala a lui Linehan (1993), varianta cognitiv-comportamentala a lui Berk si colab. (2004) si varianta cognitiv-comportamentala a lui Rudd si colab. (2001) si discuta valoarea si mecanismul schimbarii in toate cele trei variante. In tabelul Nr. 9 se prezinta caracteristicile esentiale si modul de actiune a fiecarei variante.

	Terapia dialectic - comportamentala a lui Linehan (1993)	Varianta cognitive-comportamentala pentru comportamentul vatamator a lui Berk si colab. (2004)	Varianta cognitiv-comportamentala pentru comportamentul vatamator a lui Rudd si colab. (2001)
Tintele principale ale terapiei	- reglarea emotiilor - imbunatatirea comunicarii in relatiile interpersonale - tolerarea distresului - acceptarea radicala	- abordarea gandurilor si impulsurilor de auto-vatamare - conceptualizarea gandurilor negative irationale - formularea unui plan in mai multi pasi - folosirea cardurilor portabile de abilitati de coping	- abordarea gandurilor si impulsurilor de auto-vatamare - restructurerea distorsiunilor cognitive nucleare - dezvoltarea de abilitati interpersonale - imbunatatirea rezolvarii problemelor
Mecanismul producerii schimbarii terapeutice	- validare emotiilor - terapistul ca si consultant - reducerea comportamentului de evitare - dezvoltarea unei atitudini “mindfulness” (bazate pe atentie) - imbunatatirea stilului interpersonal si de rezolvare a problemelor	- terapiestul este activ si directiv - restructurarea gandurilor negative irationale (lipsa de speranta) - reducerea distorsiunilor cognitive nucleare	- terapistul insufla incredere si tarie - restructurarea gandurilor negative irationale (lipsa de speranta) - reducerea distorsiunilor cognitive nucleare - imbunatatirea stilului interpersonal si de rezolvare a problemelor

Tabelul Nr. 9: Privire comparativa a terapiilor cognitive-comportamentale folosite in terapia comportamentului auto-vatamator (modificat dupa Slee, 2007).

Toate aceste variante au generat o serie de interventii care pot fi folosite cu eficacitate indiferent daca sunt utilizate in contextual unei terapii structurate sau separat sau impreuna intr-o abordare ateoretica (Slee si colab. 2007):

- Neutralizarea gandurilor irationale negative prin utilizarea intrebarilor socratice, tinerea unui jurnal al lucrurilor positive si a afirmatiilor auto-validante;
- Cresterea tolerantei la distres prin utilizarea tehnicilor bazate pe atentie (mindfulness);
- Reducerea activitatilor prin replanificarea lor;
- Imbunatatirea rezolvarii problemelor prin invatarea unor tehnici eficiente;
- Combaterea impulsivitatii prin castigarea unor abilitati de control al impulsurilor;
- Imbunatatirea comunicarii prin role-playing, stil asertiv, reducerea maniei/ostilitatii; imbunatatirea inteligentiei emotionale;
- Functionare sociala adecvata prin recastigarea increderii in altii, indepartarea suspiciozitatii si a stilului belicos, intelegerea reciprocitatii, cooperarii si altruismului in relatiile interpersonale.

Pornind de la constatarea ca auto-vatamarea este un comportament intreprins cu scopul de controla emotiile, Muehlenkamp (2006) considera ca terapia cognitiv-comportamentala cu variantele sale, terapia de rezolvare a problemelor a lui D'Zurilla si terapia dialectic-comportamentala a lui Linehan ar avea cele mai mari sanse de succes. Conceptia de baza a terapie de rezolvare a problemelor (D'Zurilla si Nezu, 2001) este de a ajuta subiectul sa identifice si sa resolve problemele si sa invate abilitati strategice de rezolvare a problemelor prin utilizarea unui algoritma care cuprinde identificarea problemei, setarea scopului prin analiza functionala, evaluarea solutiilor potentiale, selectarea si implementarea unei solutii si evaluare si urmarirea rezultatului. Aceasta abordare este consistenta cu rigiditatea gandirii si cu deficitul de coping al individului cu comportament auto-vatamator. Terapia dialectic-comportamentala a lui Linehan (1993) este o abordare care pune laolalta modalitati din terapia cognitive-comportamentala, terapia interpersonala si filozofia buddhista Zen. Ea doreste sa induca subiectului o balanta dialectica intre a se accepta asa cum e si a face o schimbare adaptativa pentru a tolera distresul, hiperreactivitatea emotionala si realitatea provocatoare. Scopul este de a imbunatatii controlul a impulsurilor si emotiilor si astfel de a reduce tendinta de auto-vatamare.

Adolescentii reprezinta marea masa a indivizilor cu comportament auto-vatamatos si Ougrin si colab (2012) trec in revista studiile 369 studii care descriu diferite interventii farmacologice, sociale si psihologice in cazul acestora. Ei retin pentru analiza doar 14 studii care raporteaza rezultate positive printre care amintesc interventia bazata pe rezolvare a problemelor, tratament cognitiv-comportamental tintit pe abilitatile de management al emotiilor, terapie

familiala la domiciliu, terapie dialectic-comportamentala, psihoterapie psihodnamica de grup, terapie familiala tintita pe legaturile de atasament, terapie developmentala de grup, terapie multisistemica sau terapie de grup pentru invatarea controlului emotional. Cu aceasta ocazie nu s-a relevant in nici un fel valoarea terapiei farmacologice, internarea in spital are valoarea ei limitata iar interventiile psiho-sociale au valoare incerta de preventie a episoadelor de auto-vatamare si se cer studii de replicare pentru a se putea distinge corect valoarea lor.Terapia cognitive-comportamentala si cea dialectic-comportamentala s-au dovedit eficiente la adulti dar la adolescenti valoarea lor este inca indoielnica. Terapia care s-a dovedit eficienta in cazul adolescentilor este terapia multisistemica. Aceasta este o abordare care ia in considerare multiplele sisteme in care adolescentul interactioneaza. Principala tinta sunt: cresterea eficacitatii parintilor de a face fata instabilitatii emotionale a adolescentului, imbunatatirea comunicarii si de validari, cresterea suportului comunitar (scoala, egali, grupuri organizate de auto-suport), angajarea adolescentilor in activitati prosociale si dezangajarea lor din activitati antisociale, indepartarea mijloacelor de vatamare, monitorizarea adolescentului de un adult desemnat si acceptat; aceasta terapie este intensiva si dureaza intre 3 si 6 luni si cuprinde vizite active la domiciliul adolescentului si contacte regulate cu familia lui (Huey si colab, 2004).

Este indicat ca atunci cand un clinician descopera un adolescent cu comportament auto-daunator sa ia legatura imediat cu parintii, familia si scoala. Sa nu se accepte nici un compromis sau un contract de atine secret acest comportament, lucru ce adolescentul il va propune cu siguranta. Scoala nu este implicata in vreo forma de tratament dar ea poate identifica recurentele si furniza contacte cu serviciile de interventie in caz de episode de auto-vatamare. Ca si constatare generala, adolescentii sunt refractari la majoritatea interventiilor si o atitudine compasionala si flexibila, care demonstreaza simpatia fata de individual in cauza, se dovedeste cea mai eficienta metoda in primul moment al interventiei (Miller si DeZoft, 2004).

Analizand tehnicile si rezultatele acestor doua abordari terapeutice, cognitive-comportamentala si dialectic-comportamentala Muehlenkamp (2006) formuleaza un set de recomandari care se constituie intr-un ghid de bune practice:

- **Formarea unei relatii si aliante terapeutice** este vazuta ca primul pas esential al interventiei in caz de auto-vatamare cu atat mai mult ca cat primul contact cu astfel de pacient este provocatoare pentru terapist. Terapistul trebuie sa arate disponibilitate si acceptare a clientului asa cum e, sa priveasca emotiile si comportamentul subiectului cu

interes, sa ajute subiectul sa articuleze o narare autentica si sa faciliteze expresia sentimentelor si frustrarilor curente.

- **Analiza functionala comportamentala** se face pentru fiecare incident in parte prin identificarea factorilor precipitanti si a celor care mentin comportamentul auto-vatamator precum a factorilor cognitivi, emotionali si ambientali, conducand in final la conturarea contextului in care auto-vatamarea are loc. Aceasta implica conducerea unei evaluari comportamentale care sa identifice functiile comportamentului auto-injurios si sa deceleze factorii de reintarire comportamentala. Astfel, subiectul poate realiza deficitul de abilitati de coping si contributia distorsiunilor cognitive, emotionale si comportamentale.
- **Interventiile comportamentale** are ca scop eliminarea reintaritorilor pozitivi si negativi ai comportamentului auto-vatamator care au fost identificati in etapa analizei functionale comportamentale. Se identifica alternative comportamentale, resurse personale si apartinand retelei proximale sociale pentru construirea de secvente comportamentale adaptative care sa le inlocuiasca pe cele disfunctionale. Acestea depend de motivatiile comportamentului auto-vatamator. Scopul lor este de a minimaliza intaritorii comportamentelor auto-destructive si de a-i inlocui cu comportamente dezirabile, adaptative care sa fie sustinute de intariri comportamentele premiate de ambianta imediata a subiectului. Unele din aceste metode se bazeaza pe programele de activare comportamentala, de construirea unui program de ritm social si de invatarea de tehnici de distractie atunci cand tensiunea interioara si impulsivitatea subiectului cresc si anunta dorinta de a se antrena intr-un act de auto-vatamare. Acestea pot include: i) hobbiuri sau exeercitii precum sport, jocuri, activitati domestice, plimbari de agreement; ii) privit la TV, video, picta sau desenat, ascultat muzica, canta la un instrument, facerea unui serviciu pentru altcineva; iii) angrenarea intr-o senzatie puternica concurenta precum tinerea unui cub de gheata in pumn, sugerea unei lamai, legarea ingheieturii mainii cu un elastic pana ce provoaca durere, strangerea unei mingi in mana, ascultarea de muzica la volum tare, cantat si strigat tare din gura; iv) imagerie creativa prin aducrea unei scene in minte si participarea imaginara in acea scena; v) plasarea atentiei pe propria respiratie; vi) relaxare musculara progresiva; vii) auto-hipnoza*

---

* Aceste tehnici comportamentale vor fi descries pe larg in alt capitol al acestei carti.

- **Restructurarea cognitiva** este justificata de numeroasele distorsiuni cognitive care sustin comportamentul auto-vatamator precum credinta ca auto-vatamarea este acceptabila sau necesara, corpul este dezgustator sau merita sa fie pedepsit sau ca acest comportament reduce tensiunea emotionala si comunca cu altii mai bine decat prin cuvinte. Restructurarea cognitive ataca acest credinte disfunctionale si cauta sa identifice evidente si argumente pentru reformularea altor asertiuni cognitive de baza care sa se construiasca comportamente si atitudini adatative si sanogenetice.
- O problema importanta este **externarea subiectului din serviciul de urgenta/criza**. De cele mai multe ori subiectul paraseste el singur serviciul ori pleaca fara sa anunte pe nimeni. Conform studiilor epidemiologice, acestia din urma au cel mai mare risc de a repeta vatamarile in cel mai scurt timp, ei avand si vulnerabilitatea cea mai mare. Ei trebuie contactati in cel mai scurt timp si lasati sa inteleaga ca sunt reprimiti oricand cu toata consideratia, decizia terapeutica va fi totdeauna la indemana lor, nu exista nici o indicatie pentru a fi pusi pe o “lista neagra” si sa li se ofere sugestii de alte locuri la care sa se adreseze pentru comportamentul lor vatamator precum medical de familie, serviciile de sanatate mentala comunitara, grupe de auto-ajutor, etc. Daca subiectul este compliant cu modelul de evaluare si interventie, la externare trebuie sa se intocmeasca un plan de ingrijire care sa cuprinde metode simple de coping cu impulsivitatea si tulburarile emotionale, persoanele si locurile la care trebuie sa sa adreseze in caz de vatamare in functie de severitate, o lista de servicii comunitare care sa corespunda nevoilor subiectului, indicatii de terapie pe termen lung, managementul ideatiei si intentiei suicidare si contactele de urmarire cu serviciul de criza. Acest plan reprezinta de fapt schita drumului de ingrijire a subiectului cu auto-vatamare de-a lungul resurselor medicale si sociale existente in comunitatea respectiva.

Lista cu sugestii pentru interventia in cazul subiectului cu auto-vatamare:

Sugestii de luat in considerare de clinicianul din criza in comunicarea cu individul cu auto-vatamare:

- separa auto-vatamarea de suicid, cand ele coexista trateaza-le ca si comorbiditate;
- auto-vatamarea nu este o problema in sine;

- auto-vatamarea este un mesaj ca exista o problema undeva, ajuta subiectul sa se auda, sa inteleaga si asculte mesajul cand nareaza povestea lui;
- scopul nu este sa opresti auto-vatamarea, ajuta doar persoana sa aiba mai mult control or sa faca alegeri; uneori auto-vatamarea se declanseaza cand incerci sa o opresti;
- recuperarea este un proce natural, spontan si noi nu stim cat de mult timp ea dar clinicianul trebuie sa ramana optimist;
- auto-vatamarea nu este numai cautarea atentiei tale, nu supraevalua importanta ta pentru clientului tau;
- clientul tau este de multe ori fara speranta, tu esti pastratorul sperantei lui de a-l conduce sa faca o schimbare;
- ajuta-l sa gaseasca intelesul pentru ceea ce se intampla si sa ia o decizie;
- el este cel care traieste si experiementeaza, el se recupereaza, nu cauta sa faci acestea in locul lui.

In tabelul Nr. 10 se prezinta un exemplu de plan de ingrijire pentru un subiect cu comportament de auto-vatamare care cuprinde mai multe din sugestiile prezentate mai sus.

Ce ajuta:

- ajuta-l sa ia in stapanire comportamentul de auto-vatamare in sensul de acceptare si normalizare;
- sa se accepte pe sine asa cu e,
- furnizeaza optimism si speranta,
- ajuta sa identifice legatura dintre auto-vatamare si experiente trecute de viata,
- ajuta sa identifice mesajele ascunse ale comportamentului si sa le verbalizeze,
- sa se focalizeze pe evenimente care sa-l valorizeze, sa-i dea putere si speranta,
- sa gaseasca un loc de siguranta si incredere,
- sa descopere relatiile positive,
- sa inteleaga evenimentele din jur, experientele, contextual si emotiile pe care le genereaza
- sa resolve probleme, sa ia decizii,
- sa creasca rezilienta si capacitatea de coping.

- Trage o gura de aer si numara pana la 10, - Asteapta 15 minute pana ce sa actionezi, - Indeparteaza toate obiectele cu care obisnuiesti sau poti sa te ranesti, - Fa o lista cu motive si ratiuni pentru care nu te-ai mai rani, - Incearca sa te relaxezi si sa te distrezi cu o plimbare, uita-te la forma norilor, fa un dus, uita-te la TV, uita-te intr-o revista ilustrata, navigheaza pe internet, - Fa o lista cu prietenii tai si cheama-i la telefon pe rand, - Gandeste-te la ceva realmente important (la cineva drag, la un prieten, la ceva ce vrei sa cumperi, la ceva unde vrei sa te duci in vacanda sau in weekend), - Gandeste-te la lucruri care s-au intamplat si care te-au facut sa te simti special sau care ti-au facut viata frumoasa, - Scrie intr-un jurnal, scrie o scrisoare unui prieten sau unei persoane imaginare, deseneaza, coloreaza, picteaza, canta la un instrument, canta din gura, - Fa un plan pentru spatamana viitoare si amanunteste-l, - Fa exercitii de relaxare si de respiratie adanca, - Fi atent la momentul de fata, descrieti ce vezi, ce auzi, ce mirosi, ce atingi fara sa judeci, pana ce emotiile tale negative se estompeaza, - Daca te simti in pericol cheama serviciul de criza la telefonul……

Tabelul Nr. 10: Schita de plan de ingrijire pentru un subiect cu auto-vatamare.

Ce sa nu faca subiectul:

- sa eticheteze acest comportament,
- sa se auto-izoleze din cauza acestuia,
- sa lupte impotriva acestui comportament,
- sa fie manios fata de sine,
- sa se acuze,
- sa se pedepseasca,
- sa se urasca,
- sa-si piarda increderea si speranta in bine si pozitiv.

Alte sugestii eficace pentru copii si adolescenti:

- ajuta-l sa identifice factorii declansatori si legatura acestora cu comprotamentul auto-vatamator
- ajuta-l sa resolve eficient si simplu problemele si cum sa trateze situatiile stresante,
- imbunatateste-i abilitatile de coping cu emotiile si contrarietatile pe care le intalneste, cum sa-si controleze emotiile si impulsurile (identificarea emotiilor, denumirea lor, rolul

emotiilor, legatura dintre emotii si ganduri si actiuni, diferenta dintre cele pozitive si cele negative, emotiile nu sunt evidente pentru realitate, etc.)

- cum sa tolereze distressul,
- confruntarea cu gandurile disfunctionale (identificare, evidente pro si contra, inlocuirea cu ganduri adaptative, functionale, de ex. nimeni nu ma iubeste…)
- Invata abilitati noi de coping, comunicare buna, abilitati de a comunica direct, verbal, de a comunica in timpul conflictului, setarea granitelor, amanarea,

Elemente psiho-educative pentru parinti tanarului cu auto-vatamare:

- arata grija si dragoste, protectie si interes *("te iubesc si imi pasa de ce se intampla cu tine…")*
- accepta si valideaza emotiile copilului tau *("cum pot sa te ajut? Ce pot face pentru tine?")*
- invata modul de prim ajutor cand se auto-vatameaza,
- nu fi critic si acuzator,
- nu genera vinovatie la copil,
- nu-i spune "*opreste-te*" pentru ca acest comportament este unul de coping, daca-l barezi copilul va cauta un altul care ar putea fi suicidul…
- sugereaza alternative, cauta sa distragi atentia, creiaza calm, utilizeaza auto-calmarea folosind simturile,
- discuta cu el evenimentele stressante si furnizeaza sugestii si solutii realiste *("se intampla destul de des ca tinerii la varsta ta sa aibe astfel de experiente… hai sa vorbim de ce se intampla la scoala, ce mai fac profesorii tai, etc…")*
- ajuta-l sa gaseasca o solutie (vezi Tabelul nr. 11),
- foloseste un stil pozitiv de parenting, foloseste autoritatea parentala cu grija si pastreaza o balanta echilibrata a autoritatii (vezi Tabelul Nr. 12).

Ajuta copilul sa resolve problemele care-i cauzeaza stress: **1. Stabileste scopul si solutiile:** *"Ce ai dori sa se intample? Cum am ajunge la aceasta? Ce putem schimba?"* **2. Sugereaza solutii posibile: "***Cred ca exista mai multe variante, vrei sa le examinam impreuna?"* **3. Incearca o solutie:** *"Vrei sa incerci sa faci aceasta? Cum ti se pare daca ai face asta mai intai?"* **4. Evalueaza daca solutia a functionat:** *"Ti s-a parut ca ai actionat pozitiv/corect? Ai obtinut rezultatul dorit? Trebuie sa faci ceva corectii?"* **5. Fa ajustarile necesare: "***Ce crezi ca am putea face in schimb?"* **6. Daca s-a dovedit de folos, continua:** "*Se pare ca a functionat, ce-ar fi sa continuam asa?"*

Tabelul Nr. 11: Model de suport pentru rezolvarea problemelor

Prea permisiv:	**Prea autoritar:**
• Prea putine reguli sau ingradiri, • Nu exista ingrijorare, • Problemele comportamentale nu sunt luate in serios, • Lipsa protectiei, • Prea mult independenta,	• Prea multe reguli sau ingradiri, • Se fac prea multe griji, • Problemele comportamentale sunt luate prea in serios, • Supra-protectie, • Prea putina independenta,

Tabelul Nr. 12: Balanta autoritatii parentale

Copii se comporta mai bine cand parintii tin o balanta adecvata pentru autoritatea lor: :

- da copilului directii si reguli care sa conduca la cresterea responsabilitatii lui si sa reduca dependenta;
- da copilului mai mult libertate care sa-i creasca simtul responsabilitatii;
- consuma mai mult timp cu copilul, discutand, participand, antrenandu-l in activitati, compune si dezvolta relatii stimulative, formative, bazate pe respect mutual.

In final vreau sa amintesc din nou valoarea contactelor de urmarire (follow-up) daca subiectul agreaza acestea si daca ele sunt cuprinse in planul de ingrijire formulat atunci cand subiectul exte externat din programul de criza; aceste contacte au rolul de intaritori pentru comportamentele pozitive. La fel, daca subiectul este indrumat spre alte esaloane de ingrijire a sanatatii, transferul responsabilitatgii trebuie facut atent pentru ca infomariile culese si rezultatele interventiei efectuate pana in momentul respectiv sa fie mutate de pe un esalon pe altul in mod adecvat.

Bibliografie:

Allen S, (2007): Self-harm and the words that bind: A critique of common perspectives, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14: 172-178.

Berk MS, Henriques GR, Warman DM, Brown GK, Beck AT (2004): A cognitive therapy intervention for suicide attempters: An overview of the treatment and case examples, Cognitive and Behavioral Practice, 11: 265–277.

Briere J, Gil E (1998): Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions, American Journal pf Orthopsychiatry 68:609–620.

Cooper J, Kapur N, Dunning J, Guthrie E, Appleby L, Mackway-Jones K (2006): A Clinical Tool for Assessing Risk After Self-Harm, Annals of Emergency Medicine, 48(4): 459-466.

Deiter PJ, Nicholls SS, Pearlman LA (2000): Self-injury and self capacities: Assisting an individual in crisis, Journal of Clinical Psychology, 56(9): 1173–1191.

Dennis MS, Owens DW (2012): Self-harm in older people: a clear need for specialist assessment and care, British Journal of Psychiatry, 2000:356-358.

DiClemente RJ, Ponton LE, Hartley D (1991): Prevalence and correlates of cutting behavior: risk for HIV transmission. Journal of American Academy of Child and Adolescents Psychiatry 30:735–739.

D'Zurilla TJ, Nezu AM (2001): Problem solving therapies, in K Dobson (Ed.): Handbook of Cognitive-behavioral Therapies (2nd ed.), New York: Guilford Press.

Eisenkraft M (2006): Self Injury: Is It a Syndrome? The New School Psychology Bulletin, (4)1: 115-126.

Favazza AR (1989): Why patients mutilate themselves. Hospital and Community Psychiatry 40:137–45.

Favazza A (1998): The coming of age of self-mutilation. Journal of Nervous and Mental Disease, 186: 259–268.

Gratz KL (2001): Measurement of deliberate self-harm: preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. Journal of Psychopathological Behavioral Assessment 23:253–263.

Hall-Patch LA (2011): The changing pattern of the clinical characteristics of self-harm across the lifespan: how do hospital services respond? Dissertaton, University of Leeds, England

Hawton K, Bergen H, Casey D et al (2007): Selfharm in England: A tale of three cities. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42: 513-521.

Hawton K, Fagg J, Simkin S, et al. (1997): Trends in deliberate self-harm in Oxford, 1985-1995: implications or clinical services and the prevention of suicide. British Journal of Psychiatry; 171:556-560.

Hawton K, Harriss L (2008): Deliberate self-harm by under-15-year-olds: characteristics, trends and outcome, Journal of Child Psychology and Psychiatry 49(4):441-448.

Hawton K, Rodham . (2006): By Their Own Young Hand. Self-Harm and Suicidal Ideas in Adolescents. London: Kingsley.

Hjelmeland H, Grøholt B (2005): A Comparative Study of Young and Adult Deliberate Self-Harm Patients, Crisis 26(2):64–72.

Huey S, Henggeler S, Rowland M, Halliday-Boykins C et al (2004): Multisystemic therapy effects on attempted suicide by youths presenting psychiatric emergencies. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43: 183–190.

Kettlewell C (1999): Skin game: A cutter's memoir. New York: St. Martin's Press.

Klonsky ED (2009): The functions of self-injury in young adults who cut themselves: clarifying the evidence for affect-regulation, Psychiatry Research 166:260–268.

Klonsky ED, Muehlenkamp JJ (2007): Self-injury: a research review for the practitioner. Journal of Clinical Psychology 63:1045–1056.

Klonsky ED, Oltmanns TF, Turkheimer E (2003): Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. American Journal of Psychiatry 160:1501–1508.

Lewis S, Rosenrot S, Santor D (2011): An integrated model of self-harm: Identifying predictors of intent, Canadian Journal of Behavioural Science 43: 20-29.

Linehan M (1993): Skills Manual for Treating Borderline Personality Disorder. New York: Guilford.

Linehan MM, Comtois KA, Brown MZ, Heard HL, Wagner A (2006): Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII): development, reliability, and validity of a scale to assess suicide attempts and intentional selfinjury. Psychological Assessment 18:302–12.

Lloyd EE, Kelley ML, Hope T (1997): Self-mutilation in a community sample of adolescents: Descriptive characteristics and provisional prevalence rates. Poster presented at the annual meeting of the Society for Behavioral Medicine, New Orleans, LA.

Kendall T, Taylor C, Bhatti H, Chan M, Kapur N (2011): Longer term management of self harm: summary of NICE guidance, Britich Medical Journal (BMJ), 343:d7073.

Kokkevi A, Rotsika V, Arapaki A, Richardson C (2012): Adolescents' self-reported suicide attempts, self-harm thoughts and their correlates across 17 European countries, Journal of Child Psychology and Psychiatry 53(4): 381–389.

Mangnall J, Yurkovich E (2008): A literature review of deliberate self-harm, Perspective ofPsychiatric Care, 44(3): 175-184.

McConaughy SH (2005): Clinical Interviews for Children and Adolescents Assessment to Intervention, New York: The Guilford Press.

McKay D, Andover M (2012): Should nonsuicidal self-injury be a putative obsessive-compulsive-related condition? A critical appraisal, Behavior Modification, 36(1): 3–17.

Miller DN, DeZolt DM (2004): Self-mutilation, in T S Watson & CH Skinner (Eds.), Comprehensive encyclopedia of school psychology. New York: Kluwer.

Muehlenkamp JJ (2005): Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. American Journal of Orthopsychiatry, 75:324-333.

Muehlenkamp JJ (2006): Empirically supported treatments and general therapy guidelines for non-suicidal self-injury, Journal of mental health Counselling, 28(2):166-185.

National Institute for Health and Clinical Excellence - NICE (2011): Self-harm: longer-term management.(Clinical guideline CG133), UK.

Nixon MK, Cloutier P, Jansson MS (2008): Non-suicidal self-harm in youth: a population-based survey, Canadian Medical Association Journal, 178(3): 306-312.

Nock MK (2010): Self-Injury, Annual Review of Clinical Psychology, 6:339–63

Nock MK (2009a): Understanding Nonsuicidal Self-Injury: Origins, Assessment, and Treatment. Washington, DC: American Psychological Association.

Nock MK (2009b): Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury, Current Directions in Psychological Science, 18(2): 78-83.

Nock MK, Holmberg EB, Photos VI, Michel BD (2007): Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: development, reliability, and validity in an adolescent sample, Psychological Assessment 19:309–17.

Nock MK, Kessler RC (2006): Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the National Comorbidity Survey, Journal of Abnormal Psychology, 115:616–623.

Nock MK, Mendes WB (2008): Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers. Journal of Consulting Clinical Psychology 76:28–38.

Ougrin D, Tranah T, Leigh E, Taylor L, AsarnowJR (2012): Practitioner Review: Self-harm in adolescents, Journal of Child Psychology and Psychiatry 53(4): 337–350.

Palmer S (1993): Parasuicide a cause for concern, Nursing Standard, 7(19):37-39.

Rayner G, Warner S (2003): Self-harming behaviour: from lay perceptions to clinical practice, Counselling Psychology Quarterly, 16(4): 305–329.

Ross S, Heath N (2002): A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents, Journal of Youth and Adolescents 31:67–77

Rudd MD, Joiner T, Rajab MH (2001): Treating suicidal behavior. An effective, time-limited approach, NewYork: Guilford.

Plener PL, Fegert GM (2012): Non-suicidal self-injury: state of the art perspective of a proposed new syndrome for DSM V, Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 6:9-10.

Simeon D, Hollander E (2001):. Self-injurious behaviors, assessment and treatment. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Slee N, Arensman E, Garnefski N, Spinhoven P (2007): Cognitive-Behavioral Therapy for Deliberate Self-Harm, Crisis, 28(4):175–182.

Smith M (2005): Self harm assessment of risk/safety (SHARS), www.bhicare.org.

Suyemoto KL (1998): The functions of self-mutilation, Clinical psychology Review, 18(5):531-554.

The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (2009): Self-harm: Australian treatment guide for consumers and carers, Melbourne, www.ranzcp.org

The Royal College of Psychiatrists (2010): Self-harm, suicide and risk: helping people who self-harm, College Report CR158.

Tofthagen R, Fagerstrom (2009): Clarifying self-harm through evolutionary concept Analysis, Scandinavian Journal of Caring Sciences 24: 610-619.

Walsh B (2006): Treating self-injury: A practical guide. New York: Guilford Press.

Walsh B (2007): Clinical assessment of self-injury: a practical guide, Journal of Clinical Psychology: In session, 63(11): 1057-106

4. Evaluarea si interventia in crizele date de violenta familiala

Preambul: A vorbi de violenta familiala este un pretext potrivit pentru a reaminti ca oricare ar fi pozitia programului de interventie in criza in cadrul programelor comunitare de sanatate, ea nu se suprapune in nici un fel cu serviciile de psihiatrie. Programul de interventie in criza este destinat raspunsului imediat fata de nevoile unui individ care punctual nu poate depasi o situatie de viata, fie ea de sanatate mentala sau fizica, economico-sociala sau de interrelatie cu altii iar acest raspuns poate antrena diferite esaloane ale ingrijirii si sigurantei individuale iar dintre acestea cel mai des apelate sunt serviciile de urgenta din spitalele generale, serviciile sociale si politia comunitara. Scriu aceast pentru ca exista tendinta ca problema violentei familiale sa fie “medicalizata” ca un reflex al ideii ca toate problemele de sanatate trebuie rezolvate de sectorul medical.

Nu exista un consens universal asupra definitiei violentei. Definitiile violentei reflecta valorile societatii si sunt influentate de considerente filozofice, juridice, sociologice si criminologice. Indiferent care ar fi definitiile violentei, ele descriu comportamente acceptabile si neacceptabile si stabilesc pragul dincolo de care interventia sociala este indrituita pentru a mentie ordinea sociala.

Violenta familiala este predominanta in societatea moderna. Ea este diferita de oricare alta forma de violenta precum violenta de gang, crima sau razboiul pentru ca presupune o relatie intre persoanele implicate. Ea are cateva caracteristici printre care cele mai importante ar fi: i) daunele din violenta familiala sunt produse de cei care ar trebui sa protejeze o protejeze (Jouriles si colab. 2001); ea este in antiteza cu ceea ce familia ar trebuie sa ofere, precum protectie, ingrijire si siguranta; ii) violenta domestica este violenta cu prevalenta cea mai mare insocietatea moderna (Tolan & Gorman-Smith 2002), astfel, indiferent de varsta, violenta dintre membrii de familie este mai frecventa decat violenta dintre cunoscuti sau straini; iii) exista o relatie intre victima si faptuitor inainte, in timpul si dupa incidentul sau perioada de violenta; iv) membrii familiei pot fi atat victime cat si faptuitori (Tolan si colab. 2006).

Violenta familiala se produce sub multe forme si cele mai proeminente sunt violenta domestica, abuzul fata de copii si abuzul fata de batrani. Aceste trei forme de violenta familiala vor fi tratate separate in capitolele care urmeaza.

Definitia violentei familiale: Definirea violentei familiale este o problema mai mare decat o disputa semantica pentru ca ea prezinta diferente majore in ceea ce priveste continutul problemei. Controversa centrala este gradul cu care termenul de "violenta familiala" este sinonim cu abuzul sau cu rele tratamente intre membrii de familie (Jouriles si colab. 2001). Astfel, se pune intrebarea daca violenta familiala trebuie sa inglobeze toate actele de violenta sau numai pe cele serioase si continue sau daca cuprinde numai violenta fizica care cauzeaza vatamari serioase sau poate include si alte feluri de comportamente precum controlul strict, neglijarea, abuzul verbal si psihologic sau diferite forme de amenintare precum si inegalitati privind statutul, puterea si dependenta dintre membrii de familie in functie de gen sau varsta. Consensul actual este de a considera amenintarile verbale, comportamentale si intimidarea ca si comportamente si rele tratamente cuprinse in definitia violentei familiale (Chalk & King 1998, Jouriles et al. 2001).

O analiza a conceptului, practicilor si politicilor legate de violenta familiala trebuie facuta intr-o perspective post-moderna recunoscand rolul limbajului in constructia societatii umane, limbajul fiind cel care sustine discursul social si afirmatiile care dau continut si inteles realitatii si pozitiei subiectului fata de acesta. Aceste intelesuri, avand expresie discursiva, sunt localizate in procedurile si raporturile umane evidentiind locul unde puterea este permisa sau limitata si ne permite sa judecam ceea ce e de judecat, sa tratam ceea ce e de tratat, sa vorbim ceea ce este de vorbit si sa recunoastem autoritatea la care sa aspiram sau sa ne supunem (Rose, 1998). Astfel, "practicile discursive" ne fac sa facilitam, sa limitam, sa permitem sau sa constrangem ceea ce e de spus, de catre cine, cand si cum. In cazul conceptului de violenta familiala este important sa se vada cum se construieste discursul social, cine-l emite si cum se stabileste relatia dintre puterea discursului si cunoasterea pe care o incorporeaza, respectiv modurile in care femeile, copii si batranii, subiectii cei mai vulnerabili in violenta familiala, sunt intelesi, definiti si localizati in ierarhiile de putere ale familiei si societatii (Lavis si colab. 2005).

Istoria aparitiei si dezvoltarii conceptelor de violenta familiala, violenta domestica, violenta impotriva copiilor si batranilor urmeaza drumul intortochiat al aparitiei in limbajul social a problematicii acestora. Este interesant de a mentiona aici ca in SUA Societatea de preventie a abzului impotriva copiilor a aparul la interval de noua ani dupa aparitia Societatii care lupta impotriva tratamentelor crude fata de animale. Astfel, in masura in care o problema

capata expresie discursiva, in aceasi masura ea capata inteles si structura de putere in cultura respectiva.

Felul cum profesionistii ingrijirii sanatatii si cei ce fac politicile in domeniu vad, inteleg si vorbesc despre violenta familiala este tributar discursului curent. El s-a modificat radical dupa miscarea de eliberare a femei din deceniul al 6-lea a secolului trecut si a dat o “voce” nevoilor si trairilor experimentate de victimile violentei familiale. Violenta familiala a fost vazuta de la inceput ca o problema sociala cu un caracter de “universalitate”.

In ultimii se asista insa la o tendinta de a “medicaliza” violenta familiala. Medicalizarea acestei probleme sociale a dus la “uniformizarea si tipizarea” situatiilor de violenta domestica si la ignorarea nevoilor particulare a celor victimizati din fiecare caz in parte. Ramane o dilema pentru lucratorul in criza sa stabileasca cat de mult un caz de violenta domestica poate fi abordat de pe pozitiile ingrijirii sanatatii si cat ramane o problema sociala cu un raspuns in consecinta. Aici este rolul lucratorului in criza, de a sti care este raspunsul cel mai potrivit pentru fiecare caz in parte. Dupa unii autori, a medicaliza aceasta problema este ca si cum ai deschide cutia Pandorei. A medicaliza aceasta problema este a o pune intr-un vocabular medical si a incuraja victimile sa “abandoneze narativaul” autentic al problemei lor ca sa faca pe placul personalului medical care accepta un caz in masura in care acesta este descris in termenii suferintei medicale precum descrierea simptomelor (Shumway, 1989). Aceasta face sa se reduca problema violentai familiale doar la experienta suferintei corporale.

Limbajul nu este numai un instrument pasiv folosit de individ pentru a transmite gandurile, ci este si un process dinamic prin care lumea este inteleasa si constuita in comun si contribuie la forjarea politicilor publice intr-un domeniu dat. Un exemplu in aceasta privinta este felul cum privind femeia abuzata ca o “victima” o fixeaza pe aceasta intr-o pozitie pasiva iar raspunsul la aceasta situatie inseamna dependenta de altii sau de institutii. A privi aceasta femeie in terme de “supravietuitoare’ a unei act de violenta domestica, o pune intr-o situatie activa, inseamna a-i recunoaste capacitatile si competentele si raspunsul potrivit este de a o reabilita, de a o reautoriza si a o reimputernicii cu puterea de a depasi situatia si a-si construi o speranta si un drum propriu.

In afara problemei legate de definitirea violentei familiale, a existat si controverse in legatura cu pragul severitatii actelor violente care ar trebui incluse in conceptual de violenta. Astfel s-a incercat diferentierea intre actele de rele tratamente in familie, caracterizate de un nivel scazut de daune fizice si psihologice, de cele severe cu consecinte fizice evidente si

masurabile, situatie exprimata lingvistic prin etichetarea lor ca abuz versus violenta sau ca minor versus major. Actualmente definitia violentei familiale inglobeaza toate actele de abuz si violenta, de neglijare, amenintare si abandon intreprinse la nivelul familiei de unul sau mai multi faptuitori care in mod normal ar fi trebuit sa furnizeze protectie, ingrijire si siguranta. La toate acestea s-au adaugat constatarea ca o forma de violenta devine factor favorizat pentru alta forma de violenta familiala si ca de cele mai multe ori ele coexista in timp. O definire larga a conceptului de violenta familiala a condus la o varietate larga de interventii efective si la construirea unor programe eficiente de prevenire (Emery si Laumann-Billings, 1998). In capitolele care urmeaza se va discuta pe larg definirea fiecarui tip de violenta familiala si cum se reflecta ele in interventiile din criza.

Bibliografie:

Chalk R, King PA (1998): Violence in Families: Assessing Prevention and Treatment Programs, Washington, DC: National Academy Press.

Emery RE, Laumann-Billings L (1998): An overview of the nature, causes, and consequences of abusive family relationships: Toward differentiating maltreatment and violence, American Psychologist, 53(2): 121-135.

Jouriles EN, McDonald R, Norwood WD, Ezell E (2001): Issues and controversies in documenting the prevalence of children's exposure to domestic violence, in SA Graham-Bermann, JL Edleson (Eds.): Domestic Violence in the Lives of Children: The Future of Research, Intervention, and Social Policy, Washington, DC: American Psychology Association.

Lavis V, Horrocks C, Kelly N, Barker V (2005): Domestic violence and health care: Opening Pandora's box – challenges and dilemmas, Feminism & Psychology, 15(4):441-460.

Rose N (1998): Inventing Our Selves. Psychology, Power and Personhood. Cambridge: Cambridge University Press.

Shumway DR (1989): Michel Foucault. London: University Press of Virginia.

Tolan P, Gorman-Smith D (2002): What violence prevention research can tell us about developmental psychopathology, Developmental Psychopathology 14:713–29.

Tolan P, Gorman-Smith D, Henry D (2006): Family violence, Annual Review of. Psychology 57:557–83.

4.1. Evaluarea si interventia in criza data de violenta impotriva femeii

Controversele si lipsa de acord in conceptualizarea, definirea si masurarea violentei domestice face dificila evaluarea prevalentei acesteia in populatia generala. Multe din studii sunt bazate pe evaluarea violentei raportata de femeile aflate in adaporturile speciale pentru femeile abuzate. Studiile pe populatia generala nu reusesc sa ia in calcul femeile batute sau terorizate de barbatei lor din cauza ca nu raporteaza intotdeauna actele violente. Pentru scopuri epidemiologice, prin violenta domestica se intelege violenta intre parteneri sau soti care convietuiesc impreuna si au raporturi intime pe baza unei intelegeri reciproce validata sau nu social.

Studii intreprinse in SUA raporteaza rate similare ale violentei domestice pentru barbati si femei. National Family Violence raporteaza 124 asalturi facute de femei la 1000 cupluri fata de 122 facute de barbati la 1000 cupluri date pe baza identificarii faptuitorului. Cand se iau in considerare actele fizice severe femeile fac 46/1000 fata de barbati cu 50/1000. In cazul actelor de violenta fizica minore 78/1000 sunt facute de femei si 72/1000 sunt facute de barbati. La tineri, violentele domestice sunt mai frecvent facute de femei (Tolan si colab. 2006).

Date observationale si longitudinale din populatia generala arata ca violenta dintre parteneri este bidirectionala, de la femeie la barbat si invers. Violenta bidirectionala conduce la violenta fizica mai frecvent si cauzeaza daune fizice mai severe decat in cazul celei unidirectionale (Capaldi & Clark 1998). Intr-o meta-analiza a 522 articole, Archer (2002) gaseste o prevalenta crescuta a agresiunii facute de femei decat de barbati la grupa de varsta 14-22 si mai mare la barbati la grupa de varsta 23-49. Cu toate acestea frecventa arestatii faptuitorului este mai mare de 7 ori pentru barbati decat pentru femei explicabila prin faptul ca in cazul barbatilor este vorba de femeia batuta (Loseke&Kurz 2005).

Definitie

In contrast cu violenta familiala, care pune accentual mai mult pe violenta intrafamiliala, violenta domestica include variate forme de relatie in afara familiei, relatii care presupun totusi ca participantii la actul de violent locuiesc impreuna. Violenta domestica acopera o varietate de abuzuri (fizice, sexuale, psihologice, emotionale, financiare, etc.) pe care

o persoane la face impotriva partenerului actual sau fost, dintr-o relatie stransa bazata de cele mai multe ori pe raporturi intime. In capitolul de fata voi vorbi numai de violenta domestica intreptata impotriva femeii.

In 1993 Organizatia Natiunilor Unite emite o declaratie istorica cu privire la elminarea violentei impotriva femeilor pe care o defineste ca: "*Orice act de violenta bazata pe apartenenta la un gen ce rezulta sau este posibil sa conduca la daune fizice, sexuale sau psihologice sau la suferinta, incluzand amenintarile cu astfel de acte, coercitie sau deprivare arbitrara a libertatii, atunci cand se petrec in viata publica sau privata*" (www.un.org/right). Astfel, violenta domestica a devenit o problema a drepturilor omului, a capata o dimensiune international iar de actul de violenta a fost "*criminalizat*". Violenta importiva femeilor include violenta domestica, violul, abuzul si asaltul sexual, violenta pe ratiuni "de onoare", traficarea femeii, hartuirea si urmariea femeii, mutilarea sexuala, genitala si alte forme de mutilare, prostituia si casatoria fortata.

Dupa Campbell (1995), violenta impotriva femeii include toate actele verbale, fizice si sexuale care violeaza corpul, sentimentul de identitate si cel de incredere a femei, indiferent de varsta, rasa, etnicitate sau tara. Violenta poate fi definite ca o folosire abuziva a puterii pentru a nega drepturile si libertatea de alegere a celuilalt, cu scopul de a domina si controla partenera si de a restrange alegerile si libertatile ei. Actele care lipsesc femeia de dreptul de libera alegere si de impiedecare a dezvoltarii personale pot fi acte de violenta fizica si/sau non-fizica. Faptuitorul poate utiliza tactici de control si dominare precum amenintarea, intimidarea, controlul economic, minimalizarea si negarea. Activistele miscrii feministe vad abuzul impotriva femeii ca o forma extrema a opresiunii sexului slab prin care barbatii vor sa exercite un control tiranic asupra femei.

Reynolds si Schweitzr (1998) vorbesc de abuz impotriva femei ca fiind "*utilizarea sistematica si intentionala de tactici pentru stabilirea si mentinerea puterii si controlului asupra gandurilor, credintelor si comportamentului unei femei prin inducerea de frica si/sau dependenta. Tacticile includ abuzul emotional, financiar, fizic si sexual dar nu numai acestea, ca si intimidarea, izolarea, amenintarea, folosirea copiilor si a statutului si privilegiilor sociale. Abuzul impotriva femeii include suma tuturor actelor de violenta si promisiunile de violenta in viitor cu scopul de a spori puterea si controlul faptuitorului asupra partenerei lui*"

Violenta domestica este o forma particulara de violenta impotriva femeii si Home Office din Marea Britanie defineste violenta domestica ca: "*orice act de amenintare, hartuire,*

violenta sau abuz (psihologic, fizic, sexual, economica sau emotional) intre adulti care sunt sau au fost parteneri intimi sau membrii de familie, indiferent de sexul sau sexualitatea lor" (http://www.crimereduction.homeoffice.gov.uk/dv/dv01.htm). Aceasta definitie necesita unele clarificari asupra termenilor. Astfel, prin abuz psihologic se intelege acele acte degradante, umilitoare si amenintatoare cu vatamarea, critica intensa, proferarea de insulte, ridiculizare si folosirea de porecle sau epitete insultatoare, izolarea sociala si separarea de copii, de alti membrii ai suportului social, gelozia extrema si posesivitatea extrema, acuzatiile nefondate de infidelitate, amenintari cu abandonul, divortul, monitorizarea deplasarilor care au ca efect distrugerea stimei de sine, a sentimentului de valoare personala si a increderii in propria autonomie cu scopul de tine femeia sub control (American Medical Association, 1992). Urmarirea se refera la hartuiri repetate sau comportamente amenintatoare precum urmarirea unei persoane, aparitia in spatiul, locuinta sau locul de munca al persoanei, hartuirea la telefon, lasarea de mesaje scrise sau obiecte specifice sau vandalizarea proprietatii persoanei. Abuzul economic implica restrictionarea accesului la resurse precum conturi bancare, la cheltuirea banilor, la cheltuielile casnice, la comunicarea telefonica, la transport si ingrijirea sanatatii.

Nu toata lumea este de acord cu folosirea termenului de "domestic" pentru ca aceasta ar insemna ca acet tip de violenta se produce numai in spatiul casnic, ceea ce nu este adevarat. Pentru aceasta s-a propus si termenul de "violenta intre parteneri" ceea ce insemna ca acestia nu trebuie sa impartaseasca acelasi spatiu de locuit.

Grupul de lucru privind violenta impotriva femeilor a Asociatiei Psihologilor Americani (Koss si colab.1994) defineste violenta domestica ca "*acte fizice, vizuale, verbale sau sexuale traite de o femeie ca amenintatoare, invazive sau atacatoare si care au ca efect vatamarea sau degradarea ei"*. Alte forme de violenta impotriva femei sunt: deprivarea de hrana, traficarea femei, prostitutie fortata, turtura si umilire sexuala. Pentru Flury si colab. (2010) violenta domestica insemna amenintarea sau exercitarea unei violente fizice, psiholiogice si/sau emotionale sau orice alt tip de forta impotriva altei persoane cu intentia de a provoca daune sau de a exercita puterea sau controlul asupra ei. Faptuitorul apartine ambiantei victimei, fie partener intim sau sot actual sau fost, fie alt membru de familie, prieten sau cunoscut care mentine o relatie stransa cu victima si se intalneste cu ea in mediul domestic. Faptul ca victima traiesta sau nu sub acelasi acoperis cu faptuitorul nu este un lucru crucial pentru definitia violentei domestice, mai importanta este cat de apropiata este relatia dintre victima si agresor. Violenta parintilor fata de copii sau a copiilor fata de parintii batrani nu este

cuprinsa in violenta domestica si se va trata separat in capitolele urmatoare. Ca o regula generala, violenta domestica este legata de apartenenta la un gen si include toate formele de injurii impotriva integritatii fizice si emotionale ale unei alte persoane de alt gen/sex care este asociata cu inegalitatea dintre sexe si cu exercitarea puterii fizice sau a altor forme de putere.

Stark (2007) redefineste violenta domestica ca si "*un control coercitiv*" argumentand ca e bine sa parasim definitia bazata pe un incident, pe un act izolat de violenta, in favoarea conceptului mai adecvat de "*femeie batuta*" ca o forma de capturare a femei intr-un model de control fortat prin care un barbat incearca sa domine o femeie; in acest caz violenta nu este singulara, ea este precedata, acompaniata sau urmata de alte tehnici precum intimidarea, izolarea si controlul.

In general violenta domestica prezinta cinci caracteristici: i) ea este un mod comportamental si nu un eveniment izolat; ii) foloseste forta fizica sau amenintarea cu forta fizica pentru a stabili un raport de dominnare; iii) cuprinde o plaja larga de comportamente agresive si coercitive, fizice sau non-fizice, izolate sau combinate sau alternative; iv) se petrece in spatiul domestic si al unei relatii intime; v) are ca scop castigarea unei pozitii dominante de putere, intimidare si control asupra partenerului/victimei (Ganley si Hobart, 2010).

Un alt termen folosit pentru violenta impotriva femeilor este "*femia batuta*" sau "*sindromul femeii batue*", concept dezvoltat de Leonore Walker (1984) pe baza interviului a 435 de femei victime a violentei domestice. Conform teoriei sale, "*femeia batuta*" este un concept ce denota un set de trasaturi psihologice si comportamentale ce rezulta din expunerea femeii la o situatie prelungita de violenta din partea partenerului care se dezvolta de-a lungul unor "cicluri" ale violentei si raspunsului la acestea. Primul stadiu ar fi cel al "cresterii tensiunii" cand femeia este expusa prima oara la diferite forme de violenta din partea partenerului si la care ea raspunde print tehnici pasive de pacificare, obiectivul sau principal fiind evitarea altui conflict.. Aceasta lipsa de reactie a femeii conduce la reintarirea tendintelor violente ale partenerului si tensiunea din cuplu va continua sa creasca culminand cu stadiul doi: "incidentul de batere a femeii". In acest stadiu, frica si perceptia pericolului creste la femeie dar tersiunea dintre faptuitor si victima scade si se intra in stadiul urmator, cel de "penitenta si regrete" in care faptuitorul exprima un comportament conciliator si dorinta de a se schimba. Acest ciclul al violentei in trei faze se poate repeta de mai multe ori conducand femeia la "invatarea sentimentului de lipsa de ajutor" care o fixeaza mai mult in aceasta relatie abuziva. Aceasta explicatie, bazata pe teorie invatarii sociale, incearca sa explice raspunsul emotional,

cognitiv si comportamental al unor femei ce continua sa ramana in relatie in ciuda repetarii la nesfarsit a ciclului violentei. Acest concept a fost criticat si ulterior abandonat. Principalele critici au fost: i) aplicarea teoriei invatarii sociale precum invatarea si permanentizarea sentimentului de neajutorare releva o interpretare gresita a teoriei originale; ii) cercetarile ulterioare nu au validat ideia ca ciclul violente se repeta aidoma; iii) relatia dintre sindromul femeii batute si tulburarea posttraumatica de stress nu a putut fi documentata; iv) termenul de "femeie batuta" evoca imaginea unei femei neajutorate, cu tulburari de coping si acest model a fost rejetat de miscarea pentru drepturile femeilor ca neadecvat (US Department of Health and Human Services and US Department of Justice, NCJ 160972, 1996).

In Romania Legea 217/22 mai 2003 pentru prevenirea şi combaterea violenţei in familie, completata si republicata in Monitorul Oficial Nr. 365 din 30 Mai 2012 defineşte violența în familie, astfel:

„Art. 3. – (1) În sensul prezentei legi, violența în familie reprezintă orice acțiune sau inacțiune intenționată, cu excepția acțiunilor de autoapărare ori de apărare, manifestată fizic sau verbal, săvârşită de către un membru de familie împotriva altui membru al aceleiaşi familii, care provoacă ori poate cauza un prejudiciu sau suferințe fizice, psihice, sexuale, emoționale ori psihologice, inclusiv amenințarea cu asemenea acte, constrângerea sau privarea arbitrară de libertate.

(2) Constituie, de asemenea, violență în familie împiedicarea femeii de a-şi exercita drepturile şi libertățile fundamentale.

Art. 4

Violența în familie se manifestă sub următoarele forme:

a) violența verbală - adresarea printr-un limbaj jignitor, brutal, precum utilizarea de insulte, amenințări, cuvinte şi expresii degradante sau umilitoare;

b) violența psihologică - impunerea voinței sau a controlului personal, provocarea de stări de tensiune şi de suferință psihică în orice mod şi prin orice mijloace, violență demonstrativă asupra obiectelor şi animalelor, prin amenințări verbale, afişare ostentativă a armelor, neglijare, controlul vieții personale, acte de gelozie, constrângerile de orice fel, precum şi alte acțiuni cu efect similar;

c) violența fizică - vătămarea corporală ori a sănătății prin lovire, îmbrâncire, trântire, tragere de păr, înțepare, tăiere, ardere, strangulare, muşcare, în orice formă şi de orice intensitate, inclusiv mascate ca fiind rezultatul unor accidente, prin otrăvire, intoxicare, precum şi alte acțiuni cu efect similar;

d) violența sexuală - agresiune sexuală, impunere de acte degradante, hărțuire, intimidare, manipulare, brutalitate în vederea întreținerii unor relații sexuale forțate, viol conjugal;

e) violența economică - interzicerea activității profesionale, privare de mijloace economice, inclusiv lipsire de mijloace de existență primară, cum ar fi hrană, medicamente, obiecte de primă necesitate, acțiunea de sustragere intenționată a bunurilor persoanei, interzicerea dreptului de a poseda, folosi şi dispune de bunurile comune, control inechitabil asupra bunurilor şi resurselor comune, refuzul de a susține familia, impunerea de munci grele şi

nocive în detrimentul sănătăţii, inclusiv unui membru de familie minor, precum şi alte acţiuni cu efect similar;

f) violenţa socială - impunerea izolării persoanei de familie, de comunitate şi de prieteni, interzicerea frecventării instituţiei de învăţământ, impunerea izolării prin detenţie, inclusiv în locuinţa familială, privare intenţionată de acces la informaţie, precum şi alte acţiuni cu efect similar;

g) violenţa spirituală - subestimarea sau diminuarea importanţei satisfacerii necesităţilor moral-spirituale prin interzicere, limitare, ridiculizare, penalizare a aspiraţiilor membrilor de familie, a accesului la valorile culturale, etnice, lingvistice ori religioase, impunerea aderării la credinţe şi practici spirituale şi religioase inacceptabile, precum şi alte acţiuni cu efect similar sau cu repercusiuni similare.

ART. 5

În sensul prezentei legi, prin membru de familie se înţelege:

a) ascendenţii şi descendenţii, fraţii şi surorile, copiii acestora, precum şi persoanele devenite prin adopţie, potrivit legii, astfel de rude;

b) soţul/soţia şi/sau fostul soţ/fosta soţie;

c) persoanele care au stabilit relaţii asemănătoare acelora dintre soţi sau dintre părinţi şi copii, în cazul în care convieţuiesc;

d) tutorele sau altă persoană care exercită în fapt ori în drept drepturile faţă de persoana copilului;

e) reprezentantul legal sau altă persoană care îngrijeşte persoana cu boală psihică, dizabilitate intelectuală ori handicap fizic, cu excepţia celor care îndeplinesc aceste atribuţii în exercitarea sarcinilor profesionale.

Desi pletora de definitii ale violentei domestice are putea creia un grad de entropie in acest domeniu, ele impreuna au darul de pune in lumina vocabularul pe baza caruia se construieste discursul social folosit in pentru identificarea, descrierea, evaluarea, interventia si preventia acestui fenomen.

Prevalenta

Pana in anii ’70 violenta domestica nu a fost privita ca o problema ce solicita interventia statului, ea fiind vazuta ca o chestiune privata, circumscria la spatiul domestic. Miscarea feminista a facut ca aceasta problema sa capete vigoarea limbajului public si sa conduca la responsabilizarea tuturor structurilor sociale.Astfel, violenta impotriva femeii a fost identificata ca o problema profund legata de drepturile omului (Joachim, 2000; Ellsberg and Heise 2005) si ca o problema serioasa de sanatate publica fiind raspunzatoare pentru pierderea a 5-20% de ani sanatosi de viata (indicatorul DALY - Disability-Adjusted Life Years) pentru femeile din grupa de varsta de 15-44 (WHO, 1997). Conferinta Mondiala asupra Drepturilor

Omului de la Viena (1993) a postulat ca drepturile femeilor si fetelor sunt "*un drept inalienabil, parte integrala si indivizibila a drepturilor umane universale*".

Peste tot in lume violenta domestica impotriva femeii este o cauza importanta de deces la grupa de varsta 15-49 ani, tot la fel de importanta ca si cancerul. Femeile abuzate prezinta un numar dublu de vizite medicale si de 8 ori mai multe utilizari ale serviciile de sanatate comparativ cu femeile neabuzate (Wisner si colab. 1999). Majoritatea studiilor din diverse tari au aratat ca una din patru femei au trait cel putin un act de violenta fizica si una din opt femei experiemnteaza cel putin un abuz de alt tip de violenta domestica de-alungul vietii (Hague si Malos, 2005).

Prevalenta violentei impotriva femeilor variaza mult in functie de metodologia folosita, esantioanele utilizate si factorii culturali subjacenti. Garcia-Moreno si colab. (2006) gasesc, pe baza a 24.000 interviuri intreprinse in 10 tari la femei intre 15 si 49 ani, ca 35 pana la 76% in ele au fost asaltate fizic si sexual. Dintre acestea 15 pana la 71% au fost victime ale propriilor lor parteneri intimi, iar dintre acestea 21 pana la 66% au indicat ca nu au raportat sau vorbit cu nimeni despre acest lucru.

Alhabibi si colab. (2010) fac o revizuire sistematica a studiilor publicate intre 1995 si 2006 privind prevalenta violentei asupra femeilor. Ei ai identificat 1.653 de studii din care 41% au fost publicate in Nord-America si 20% in Europa, iar 56% din studii au avut la baza un esantion din populatia generala si 17% un esantion clinic recrutat din femeile care se adreseaza facilitatilor de ingrijire a sanatatii. Autorii constata ca exista o mare heterogenitate a datelor in functie de localizarea geografica, de tipul facilitatilor de ingrijire la care s-au adresat aceste femei abuzate si de apartenenta culturala. Prevalenta cea mai mare a exista in studiile care s-au bazat pe datele din sectiile de obstetrica-ginecologie si cele psihiatrice. Prevalenta pe durata vietii pentru violenta fizica este aproape comparabila intre toate continentele, intre 30-40%, in timp ce violenta emotionala este mai ridicata in continental Sud-American, urmat de Europa si Asia, iar prevalenta pe toata viata pentru violenta sexuala pare a fi mai ridicata in Australia si Asia. Cand se fac studii pe populatia generala, prevalenta violentei emotionale este mai mica si este cuprinsa intre 21-40% in Germania si 20% in Olanda si Suedia, si 35-40% in Canada si USA, fata de prevalenta calculata pe baza raportarilor femeilor din sectiile clinice sau din serviciile de urgenta, unde prevalenta este mai mult decat dubla ca in esantioanele din populatia generala (Flury si colab. 2010).

Aprecierile pe care le-a facut Eurobarometrul despre violenta domestica in 27 de tari Europene arata ca 98% din populatie este constienta de problema violentei domestice, 78% din europeni recunosca ca violenta domestica este problema comuna societatii lor si ca o persoana din cinci stie pe cineva care a faptuit o violenta impotriva partenerului. Europenii considera ca violenta sexuala si ce fizica sunt cele mai frecvente si severe forme de violenta iar dintre cauzele cele mai frecvente ale acesteia se mentioneaza consumul de alcool si droguri, saracia, somajul si modul cum este vazuta femeia in cultura europeana. In opinia lor aceasta problema este cel mai bine tratata de familie, politie, serviciile sociale si serviciile medicale (EU – Eurobarometer 344, 2010)

Exista un larg consens privind faptul ca prevalenta violentei domestice variaza mult in functie de cultura, de traditiile si atitudinile sociale la care se adauga si faptul ca multe femei refuza sa destainuie istoria lor de victime ale violentei domestice din cauza sentimentelor de vina, rusine sau frica si din incolonarea la ideile traditionale despre mariaj si relatiile de putere si dependenta care exista in interiorul familiei.

In Romania, in perioada 2004–2009 s-au inregistrat 59.795 de cazuri de violenta in familie, din care 778 au dus la decesul victimei, asa cum indica un raport al Agentiei Nationale pentru Protectia Familiei (ANPF). Refuzul victimelor de a cere ajutor impiedica o evaluare reala a fenomenului, 17,65% dintre victimele violentei domestice au intre 0-14 ani; 37% dintre victime au solicitat certificate medico-legale si 30% au depus plangere la politie, iar un procent de 2% au cerut divortul in instanta (www.medlive.hotnews.ro/medicina de familie).

Tipurile de violenta domestica:

Lucratorul in criza trebuie de la primul contact cu victima violentei domestica sa identifice care este tipul de violenta domestica, dinamica desfasurarii actului de violenta, trecrea de la un tip la altul si consecintele acestuia.

Exista o varietate larga de tipuri de violenta domestica iar pentru o mai buna cuprindere ele se clasifica in opt tipuri expuse in Tabelul Nr. 1 (Registered Nurses' Association of Ontario, 2005). Se poate vedea paleta larga a tipurilor de abuzuri domestice si specificitatea lor culturala.

1. Abuz emotional/psihologic/verbal:	
- fortarea sa faca lucruri ilegale	- facerea de acuzatii false
- punerea de porecle	- vanarea de greseli
- amenintari verbale	- strigate
- intimidare	- acuzati precum ca ar fi proasta
- manipularea emotiilor	- exprimare de neincredere
- rememorarea de lucruri neplacute	- gelozie nepotrivita
- expunere la acte degradante	- intoarce situatiilor impotriva ei
- spalarea creierului	- imitare si inganare
- tacere	- refuzul de a face ceva impreuna sau pentru ea
- insistarea doar pe ceea crede el ca este important	- ignorare
- asteptarea de a se conforma la un rol	- invocarea vinovatoei
- manipulare	- stil certaret si de confruntare
- retinerea de la afectiune	- pedepsirea prin a nu participa la treburile casnice
- stil neiertator, de reprosuri si resentimente	- spune de minciuni
- treatarea ca un copil	- spune un lucru si face altceva
- negarea sau deposedarea de responsabilitatilor ei	- nu-si tine angajamentele
-amenintare cu pierderea statutului de emigrant	- creiaza in mod deliberat dezordine
- amenintarea cu mersul la autoritati	- o obliga sa stea acolo unde se consuma alcool/drog
- fortarea sa-si retraga plangerile	- face glume injositoare la adresa femeilor
- refuza sa rezolve problemele	- minimalizeaza munca si contributia ei
- nu vine acasa	- vine acasa beat sau sub influenta drogurilor
- ridiculizeaza preferintele ei alimentare	- incurajeaza sa se angajeze in violente fizica
- prieteni si suport pentru barbatii care sunt abuzivi	- solicitari care interfera cu timpul si rutina ei
- profita de frica ei pentru anume lucruri	- santajeaza cu amenintari de suicid
Abuz emotional legat de reproducere, sarcina si nastere	
- oprirea folosiri sau obligarea folosirii contraceptiei	- fortarea sa avorteze
- refuza sexul pe motive injositoare	- nu recunoaste ca copilul e al lui
- refuza sa furnizeze suport cat timp e gravida	- refuza sa furnizeze suport in timpul nasterii
- refuza accesul la copilul nou nascut	- refuza suport sau ajutor pentru copilul nou nascut
- solicita sex curand dupa nastere	- blameaza faptul ca copilul nu are sexul dorit de el
- nu accepta ca femeia sa alapteze copilul	- o face sa se simta rau cand sta cu noul nascut
2. Abuz in ambianta caminului sau a vehicolului	
Abuz in camin	
- provoaca vatamari animalelor de casa	- rupe hainele
- o incuie afara sau inauntru	- arunca sau distruge lucrurile ei
- tranteste usile	- arunca cu obiecte sau mancare
- ii interzice sa foloseasca telefonul	- da cu pumnul in zid
Abuz legate de vehicol	
- conduce prea repede	- conduce imprudent si fara grija
- conduce cand este beat	- o forteaza sa intre in masina
- o impinge afara din masina din mers	- o ameninta ca va provoca un accident cu masina
- o impinge/loveste sau o alearga cu masina	- trage de volan cand ea conduce
- o raneste/omoara intr-un accident deliberat	- o loveste cand ea conduce
- o impiedeca/interzice sa foloseasca masina	- pune piciorul peste al ei pe pedala de acceleratie
3. Abuz social	
- controleaza tot ce face ce vorbeste, ce citeste, unde se duce, cu cine vorbeste	- nu ii inmneaza mesajele, scrisorile
- o critica/ignora in public	- blocheaza accesul la familie si prieteni
- interfera cu relatiile ei cu familia si prietenii	- insista sa fie de fata cand se duce la doctor
- este brutal si vulgar cu rudele si prietenii ei	- dicteaza comportamentul ei
- mai bine se duce la prieteni, munca sau alte activitati decat sa stea cu ea	- face “scene” in public

- nu vrea sa vorbeasca despre ea	- ii cenzureaza scrisorile
- o trateaza ca pe o servitoare	- refuza sa-i ofere spatiu privat sau personal
Abuz social implicand copii	
- violente si agresiuni in fata copiilor	- initiaza false acuzatii de abuz fata de copii
- o face sa stea numai acasa cu copii	- critica abilitatile ei de mama
- o face de rusine in fata copiilor	- nu impartaseste responsabilitatile ei cu copii
- invata copii sa o porecleasca, sa o loveasca, etc..	- ameninta sa ia copii si ii spune ca niciodata nu va avea custodia copiilor
Abuz social din timpul separarii sau divortului	
- compara afectiunea copiilor cu cadouri scumpe	- nu apare la timp sa ia copii sau nu-i aduce inapoi la timp
- preseaza copii ca sa se informeze despre actualul prieten al sotiei, etc. .	- le spune copiilor ca mama lor este reponsabila pentru separare/divort
- foloseste copii ca sa trimeata mesaje	- refuza accesul ei la copii
4. Abuz financiar	
- foloseste/ia banii ei	- falsifica numele ei
- ii da bonuri si recipise false	- anuleaza polite de asigurari
- saboteaza eforturile ei de a avea independenta economica	- ii retine din bani sau nu vrea sa-i dea bani
- nu plateste datoriile sau nu imparte cheltuielile in mod just	- o preseaza sa-si asume responsabilitatea pentru finantele familiei
- cheltuieste bani nesabuit si fara logica	- nu face cheltuieli cu ocazii speciale
- cheltuieste pe bautura sau droguri, servicii sexuale sau jocuri de noroc	- presiune/control asupra condiilor ei de munca
- tine secret finantele familiei	- o opresete sa aiba un serviciu
5. Abuzri ritualice	
- mutilare	- mutilare a animalelor
- canibalism fortat	- sacrificiu uman
- sugereaza/promoveaza suicidul	- o forteaza sa participle la ritualuri
- o forteaza sa fie martora la ritualuri	
6. Abuz fizic	
- orice contact fizic nedorit	- ignorarea bolilor sau ranilor ei
- darea unei palme, pumn	- ii provoaca arsuri
- tragerea de par, lovirea capului de ceva dur	- ii strange mana, ii invarte bratul
- strangerea de gat, strangulare	- o forteaza sa manance
- scuipare	- arunca cu lucruri in ea
- lovirea cu obiecte, cu o cravasa sau bici	- o leaga sau o inchide
- urinarea pe ea	- ii provoaca fracturi
- taierea cu cutitul sau impuscare	- o ameninta cu moartea sau cu ranirea grava
- ii da cu piciorul, cu pumnul, o pisca, o impinge sau o trage	- o restrange sau opreste de la mancare, apa, o forteaza sa bea alcool sau sa foloseasca droguri
- sta prea aproape si a intimideaza	- ascunde medicamentele sau o opreste sa le ia
7. Abuz sexual	
- orice contact sexual nedorit	- fortarea sa faca sex
- fortarea sa faca sex cu altii	- amenintarea pentru a o face sa faca sex
- lovirea, tragerea sau apucarea de sani sau organe genitale	- fortarea sa faca sex cand e bolnava, dupa nastere sau operatii chirurgicale
- insistenta de a avea contact sexual	- transmiterea de boli sexuale in cunostiinta de cauza
- tratarea ei ca un obiect sexual	- fortarea sa se uite la materiale pornografice
- prezentarea de material pornographic care sa o faca sa se simta inconfortabil	- folosirea sexului ca solutionare a unui conflict
- criticica abilitatii ei sexuale	- gesture tandre nedorite in public
- acuzatii de infidelitate	- denumirea ei ca prostituata, frigida, curva, etc.

- glume/comentarii cu caracter sexual in public	- umilirea unor parti din corpul ei
- administrarea de alcool sau droguri pentru a o face sa faca sex	- solicitarea de sex contra alcool sau drog ca si plata
8. Abuz religios	
- folosirea religiei pentru a justifica abuzul si dominarea	- folosirea statutului in biserica ca presiune de a obtine favoruri si acte sexuale
- solicitarea regulata de a cere iertare	- oprirea ei de a merge la biserica
- solicitarea de sex sau consum de dog ca act religios	- ridiculizarea credintelor ei religioase

Tabelul Nr. 1: Inventare al abuzurilor domestice impotriva femeii (dupa Registered Nurses' Association of Ontario, 2005)

Natura si dinamica violentei domestice; cine sunt personajele violentei domestice:

Una din primele incercari de a explica natura si dinamica violentei domestice a fost modelul Duluth, Minnesota (1982), model care incorporeaza doua premize: prima este presupunerea ca violenta barbatului este sursa violentei domestice drept pentru care arestarea si urmarirea lui in justitie este cel mai bun raspuns pentru prevenirea actelor de violenta si a doua premiza este de sorgine feminista si se bazeaza pe presupunerea existentei in mediul domestic a unei opresiuni bazate pe gen ca o consecinta a partiarhiei si puterii barbatului. Acest model a generat doua diagrame circulare cu opt sectoare numite "roata puterii si controlului" si "roata egalitatii" prezentate in Fig. Nr. 1 si 2. Pe baza acestui model izvorasc diferite abordari terapeutice, in majoritate de inspiratie cognitive-comportamentala. Totusi, in literatura exista un puternic curent impotriva modelului Duluth, curent care vede in comportamentul barbatului nu o tendinta de dominare ci o disfunctie psihologica (Bumiller, 2010), iar abordarea socio-terapeutica nu presupune neaparat incarcerarea faptuitorului ci mai degraba obligarea lui printr-o horarare judecatoreasca de a urma un tratament psihoterapic care sa se adreseze problemelor lui psihologice. In aceasta acceptiune, barbatul abuziv este comparat cu "sex-offender-ul".

Contestata in literature este si teoria asimetriei dintre partenerii hetero-sexuali care considera ca violenta domestica are doar un sens, dintre barbat spre femeie. Contestatrii ei lanseaza ideia simetriei aratand ca femeile si barbatii sunt angajati deopotriva in violenta domestica. Straus (2006) inventariaza 150 studii care demonstreaza simetria dintre sexe in implicarea in violenta domestica. Adevarul este undeva la mijloc, barbatii si femeile fiind antrenati egal in acte minore de violenta domestica, insa barbatii sunt mult mai implicati in acte severe de violenta (Johnsos, 2006).

Alta teorie prevalenta in domeniul violentei domestice este cea dezvoltata de Walker (1984) referitor la ciclului violentei cu cele trei faze: cresterea tensiunii, incidentul de violenta

si faza de regrete si penitenta. Acest model a fost descries pe larg in sectiunea dedicata definitiei violentei domestice. Le reamintim aici pentru ca acest model a generat descriptii tipologice ale protagonistilor violentei domestice. Dupa aceasta tipologie, femeia victima se caracterizeaza prin asumarea vinovatiei pentru actul de violenta la care a fost supusa, tolereaza postura de victima pentru ca se vede pe sine prin ochii faptuitorului, minimalizeaza severitatea actelor de violenta ca un mod de defensa, prezinta un nivel scazut de stima de sine si dezvolta ideia ca este neajutorata, lipsita de putere si incapabila de a trai singura; pentru unele femei a ramane in astfel de relatie este mai sigur pentru ele si copii lor decat de a pleca.

In cele mai multe cazuri dilema femeii de a parasi relatia abuziva sau nu si de a coopera cu politia sau un este bazata pe modurile ei de “supravietuire”. In tabelul Nr. 2 sunt prezentate cateva din modurile de supravietuire utilizate de o femeie pentru copingul cu violenta la care este supusa (Alberta Justice and Solicitor General, 2008). Lucratorul in criza trebuie sa inteleaga ca parasirea relatiei si a domiciliului de catre femeia abuzata nu este un act simplu ci un process care dureaza si implica multiple tranzactii interioare si nu in ultimul rand este vorba de intuitia femei care ii spune ca plecata este mai vulnerabila decat daca ar ramane pe loc. Printre factorii care fac ca femeia sa cantareasca indelung plecarea sau chiar sa rejecteze aceast pas sunt: i) frica, ii) considerente religioase, iii) credinta ca partenerul se va schimba, iv) cresterea tensiunii dupa separarea de partener, v) dependenta financiara de partener, vi) lipsa de cunostinte profesionale care sa-i asigure un loc de munca, vii) teama de greutati materiale care s-ar reflecta asupra capacitatii ei de a creste copii, viii) teama de a pierde copii in procesul de atribuire a custodiei, ix) inabilitatea de a obtine asistenta legala sau neincredere in sistemul judiciar, x) considerente de siguranta fizica si psihologica a propriei persoane, xi) complexitatea relatiei cu partenerul.

Minimalizarea sau negarea violentei la care e supusa
Luarea responsabilitatii pentru actele de violenta
Folosirea alcoolului sau drogurilor ca evadare
Auto-aparare
Cautarea ajutorului
Ramanerea in relatia abuziva pentru a evita escaladarea violentei
Initierea de violente ca un mijloc de a castiga ceva control in relatie

Tabelul Nr. 2: Diferite moduri de supravietuire a femeii abuzate (dupa Alberta Justice and Solicitor General, 2008).

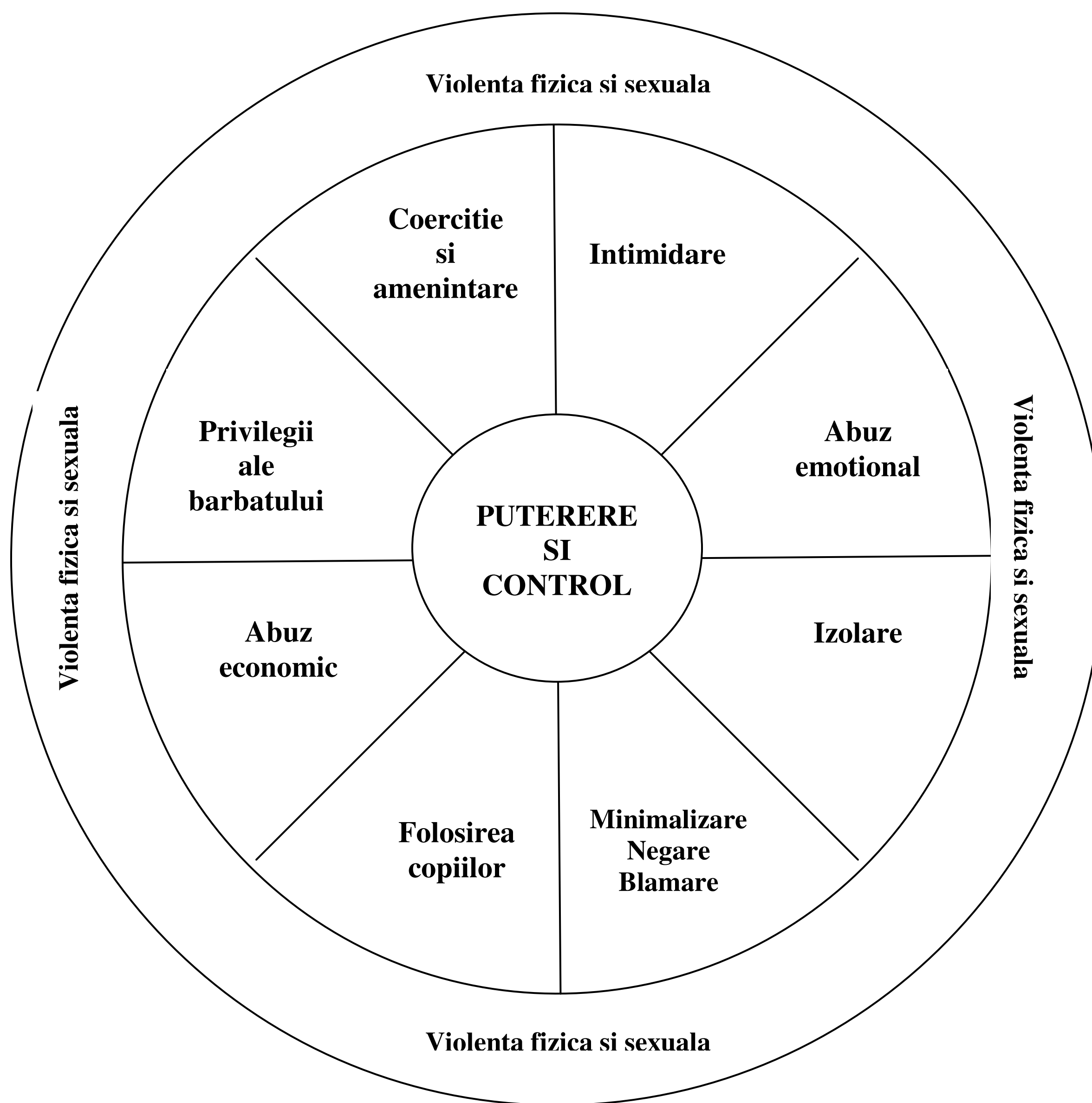


Fig. Nr. 1: Roata puterii si a controlului. Aceasta diagrama este un mod simplificat de a prezenta modelul comportamental abuziv de putere si control pe care unii barbati pot sa-l adopte cu scopul de a controla si a exercita puterea asupra partenerei. Se intelege cum o forma de abuz poate trece intr-alta sau pot coexista intre ele. (dupa Domestic Abuse Prevention Program, Home of Duluth Model, http://www.theduluthmodel.org)

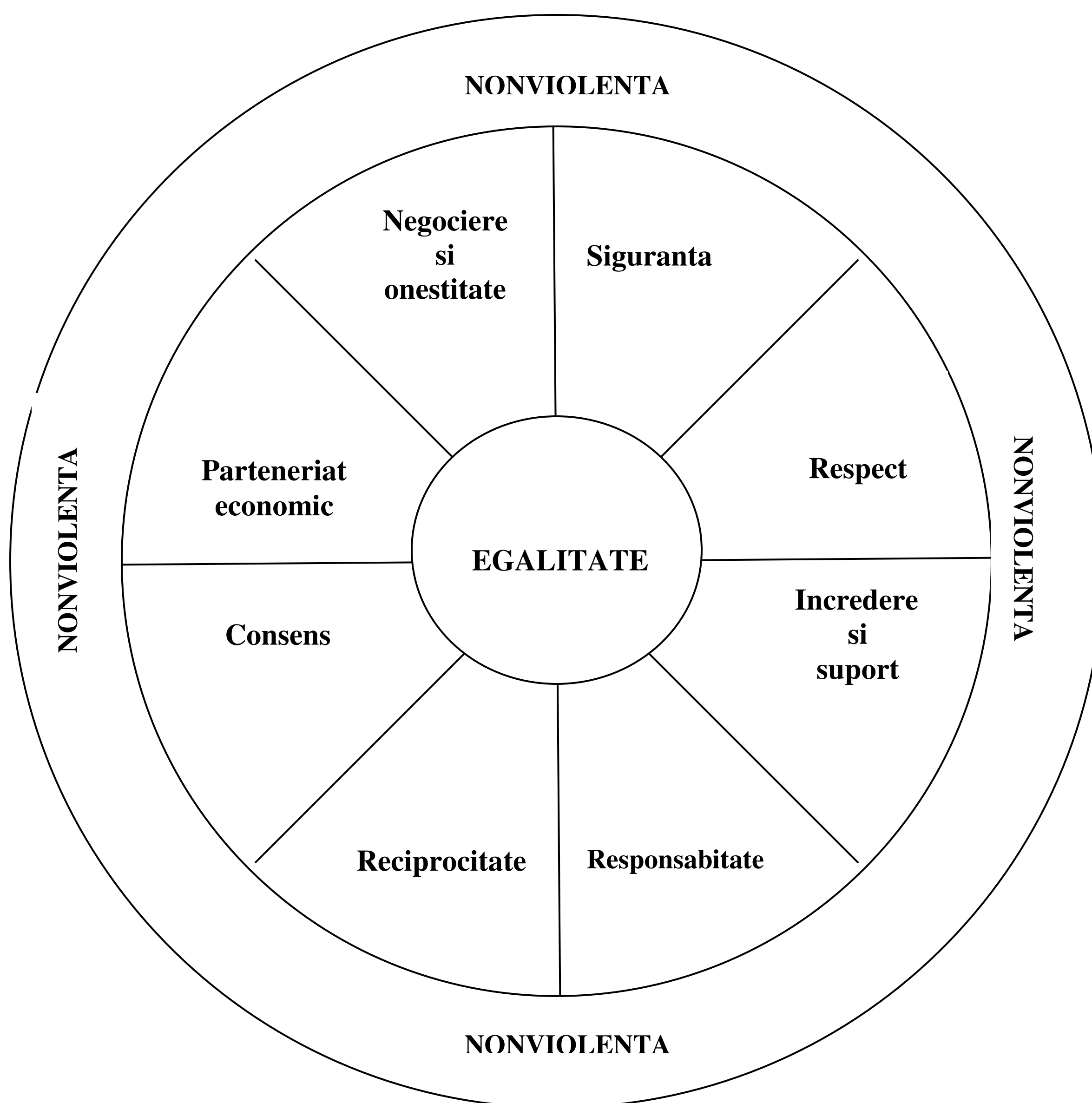


Fig. 2: Diagrama egalitatii intre parteneri cu infatisarea domeniilor de expresie a egalitatii in viata domestica (dupa Domestic Abuse Prevention Program, Home of Duluth Model, http://www.theduluthmodel.org)

Celalalt personaj, faptuitorul actelor de violenta este descries ca o persoana care are un comportament diferit in public si privat. El poate fi o persoana curtenitoare, amabila si concilianta in mediul social dar abuziva in cel domestic. El se dovedeste a fi o persoana cu o stima de sine scazuta, incapabil sa-si vada responsabilitatea pentru comportamentul propriu,

neincrezator in altii, cu sentimente de insecuritate in relatii intime de unde nevoia de control, cu sentimente exagerate de gelozie, lipsa de control a maniei si impulsurilor.

Desi la prima vedere s-ar putea crede ca impulsivitate si agresivitatea sunt factorii determinanti in violenta domestica, exista un consens larg in a considera ca prima motivatie a faptuitorului este de a mentine controlul in relatie. Pentru a atinge acest obiectiv, individul abuziv utilizeaza o serie de tactici pentru a instaura si apoi a mentine controlul asupra partenerei sale: izolarea, amenintarea, indulgenta ocazionala, solicitari degradante, control financiar, hartuire si urmarire, manipulari emotionale. Aceste tactici se continua si dupa ce victima a parasit domiciliul/relatia cu scopul de a pastra controlul si presiunea in vederea obtineri de avantaj asupra victimei si o pozitie de putere de pe care ar putea renegocia revenirea victimei in relatie, castigarea custodiei copiilor, prezervarea sentimentului de omnipotenta, etc. In tabelul Nr. 3 se prezinta o lista cu astfel de tactici (Alberta Justice and Solicitor General, 2008).

• Amenintari cu violenta fata de cei care ii ofera gazduire
• Amenintari ca ii va lua copii si nu-i va da access sa-i vada
• Presiune sa-si retraga plangerea sau sa retracteze ceea ce a declarat
• Urmarirea victimei in tribunal si in afara lui
• Trimiterea de mesaje sau de expresii corporale amenintatoare in timpul procesului
• Aducerea familei sau a prietenilor la tribunal pentru a intimida victima
• Discurs despre cum victima l-a provocat sa fie violent
• Declaratii de profund devotement sau regrete fata de victima si/sau la tribunal
• Repetate cereri de amanare a audierilor la tribunal
• Schimbarea consilierului sau neprezentarea la sedintele de consiliere maritala
• Cereri de proteectie fata de victima ca un mod de control al victimei si manipulare a judecatii
• Testarea limitelor aranjamentelor facute prin intarzieri, amanari, “uitari”.
• Amenintari si intimidari legate de custodia copiilor si in aranjamentele financiare
• Initierea de acuzatii in revansa fata de victima si cei ce o sustin
• Folosirea oricaror evidente pentru a deteriora imaginea victimei ca mama si femeie

Tabelul Nr. 3: Tactici folosite de agresor pentru a manipula victima si a mentine controlul (dupa Alberta Justice and Solicitor General, 2008).

S-a constat ca nu toate femeile raspund la fel la violenta domestica, unele parasesc relatia imediat dupa primul episode de violenta, altele se complac in aceasta situatie iar altele pleaca ca apoi sa revina in cuplu si repeta aceasta de mai multe ori. Toata aceata dinamica raspunde la interactiunea complexa dintre carcteristicile individuale ale celor doi parteneri. Dar dincolo de toate acestea particularitati, exista si factori comuni care fac ca femeile sa nu paraseasca o relatie: factori sociali si culturali precum statut economic precar, izolarea sociala si lipsa persoanelor de suport, necunoasterea resurselor comunitatii, credinte religioase specifice, frica de razbunarea partenerului si factori psihologici ca de exemplu credulitate si sugestibilitate, credinta ca partenerul se va schimba, rusine, anxietate sociala, sentimente de vinovatie exagerata, sentimente de lipsa de ajutor si de speranta, toate impreuna realizand portretul a ceea ce Paula Caplan (1985) numea "masochismul femeiesc".

In linii general exista cinci caracteristici centrale ale violentei domestice (National Judicial Institute on Domestic Violence, 2004):

- violenta domestica este un comportament invatat;
- violenta domestica este un comportament repetitiv si cuprinde diferite tipuri de abuz care pot trece dintr-una in alta sau in combinatie;
- faptuitorul este cauza violentei domestice si nu consumul de alcool, victima sau relatiile dintre ei;
- pericolul pentru victima si copii creste pe timpul separarii dintre parteneri;
- comportamentul victimei este dat de modurile de supravietuire la care a aderat.

Consecintele violentei domestice:

1. Consecinte asupra sanatatii femeii: Cele mai severe si persistente consecinte sunt cele fizice si emotionale, multe din ele persistand mult dupa ce relatia abuziva a luat sfarsit. Severitatea acestor consecinte depinde de durata expunerii la violenta domestica. In tabelul Nr. 4 sunt inventariate cateva din consecintele violentei domestice asupra sanatatii femeii conform Raporortului WHO (2002). In Anexa Nr. 1 se prezinta o lisa quasi-exhaustiva a consecintelor violentei domestice asupra femeii.

2. Consecintele economice: Violenta domestica pune un cost direct asupra societatii ca intreg in termeni de scadere a productivitatii, absenteism, somaj, schimbari nejustificate ale rezidentei si ale locurilor de munca, cresterea utilizarii serviciilor sociale si de sanatate, juridice si politienesti. Loyd si Taluc (1999) au aratat ca femenile cu istorie de violenta domestica prezinta o rata mai mare de somaj, schimbari ale locului de munca, proasta performanta la

locul de munca, venit mai mic si probleme frecvente de sanatate. Violenta domestica genereaza si un cost indirect platit de societate prin faptul ca femeile abuzate necesita asistenta sociala, medicala si juridica mult mai frecvent decat oricare alt membru al societatii. Cheltuielile legate de sanatate ale femeilor abuzate din Canada se cifreaza la 1,5 miliarde dolari pe an (Health Canada, 2002).

Consecinte fizice	**Concecinte sexuale si reproductive**
Traume toracice/abdominale	Tulburari ginecologice
Vanatai, contuzii, raniri, fracturi	Infertilitate
Sindrom de durere cronica	Tulburari inflamatorii pelviene
Fibromialgie	Disfunctii sexuale
Tulburari gastro-intestinale	Avort in conditii precare
Sindrom de colon iritabil	Complicatii ale sarcinii si lehuziei
Traume faciale si oculare	Sarcina nedorita
Dizabilitati fizice	Infectii sexual transmise
Consecinte psihologice si comportamentale	**Consecinte cu risc vital**
Abux de alcool si droguri	Mortalitate legate de SIDA
Depresie si anxietate	Mortalitate legate de sarcini nedorite si avorturi
Tulburari alimentare si de somn	Accidente diverse, casnice sau de trafic
Sentimente de rusine si vinovatie	Auto-agresivitate
Stima de sine scazuta	Sinucidere
Fobii si tulburare de panica	Omucidere
Tulburari psihosomatice	
Tulburarea posttraumatica de stress	
Agresivitate si impulsivitate	

Tabelul Nr. 4: Consecintele violentei domestice (modificat dupa WHO, 2002)

3. Consecinte asupra copiilor: Consecintele asupra copiilor mamelor victime ale violente domestice sunt dramatice si pe termen lung. Acestea se datoresc faptului ca copilul este martor al violentelor indreptate asupra mamei lui cat si deteriorarii capacitatii de ingrijire si protectie oferite de mama lui. Pe de alta parte, s-a constatat ca copii care au fost expusi la violenta domestica devin adesea ei insisi violent in relatiile pe care le vor face mai tarziu. In

tabelul Nr. 5 se prezinta succint unele din consecintele pe care le sufera copii expusi la violenta domestica dintre parinti (Berman si colab. 2003).

Consecinte fizice	**Consecinte psihologice si comportamentale**
Alergii	Depresie si anxietate
Infectii ale tractului respirator	Griji si frustrare
Plangeri somatice (de ex. dureri de cap)	Stima de sine scazuta
Tulburari gastrointestinale (greata, diaree)	Tulburari legate de stress
Probleme de vorbire, auz si vizuale	Hiperactivitate si tulburare de atentie
Tulburari de somn, cosmaruri	Tulburare posttraumatica de stress
Enurezis	Competenta sociala scazuta
	Cresterea agresivitatii
	Probleme de atasament
	Dificultati scolare
	Abuz de alcool si droguri
	Comportament suicidar si auto-agresiv
	Tulburari de comportament si conflicte cu legea

Tabelul Nr. 5: Consecintele violentei domestice asupra copilului (dupa Berman si colab. 2003)

Factorii de risc ai violentei domestice

Factorii de risc sunt foarte variati si autorii s-au intrecut in a face tot felul de liste. Mai jos se trec in revista unii factori de risc a caror existenta a fost documentata stiintific. Pentru o buna sistematizare ei pot fi impartiti dupa cum urmeaza:

1. Caracteristicile individuale s-au concentrat mai ales asupra faptuitorului :

- Faptuitorul prezinta o istorie de agresiune sau istorie de victimizare (Capaldi si Gorman-Smith (2003), lipsa de control al impulsurilor, stima de sine scazuta (Kantor si Jasinski 1998);
- existanta psihopatologiei predicteaza violenta familiala, ea este de 13 ori mai mare cand exista o tulburare psihopatologica diagnosticabila fata de situatia cand nu exista aceasta (Moffitt si Caspi, 1999);
- agresorul a crescut in familii cu proasta functionare, cu violenta domestica, cu parinti cu slaba capacitate de ingrijire a copiilor (Capaldi si Clark 1998).

- prezinta consumului de alcool si/sau droguri; Maffli si Zumbrunn (citati de Flury si colab. 2010) gasesc o frecventa crescuta a violentei domestice in context de consum de alcool conform raportarilor femeilor care au sunat la "linia firebinte".

2. Factori relationali. Din cauza stereotipului ca barbatul este faptuitorul si femeia victima s-a dat putina atentie factorilor relationali in explicarea violentei domestice. Factori implicati in violenta domestica sunt: calitatea relatiilor, calitatea comunicarii, satisfactia in relatie, nivelul suportului si a intimitatii, nivelul conflictului din relatie (Chalk & King 1998). Exista evidenta ca violenta domestica este legata si de istoria de agresivitate si comportamentul antisocial al partenerului (Capaldi & Clark 1998, Capaldi & Gorman-Smith 2003).

3. Factori contextuali/situationali: Desi violenta intre parteneri exista la toate nivele socio-economice s-a constatat totusi ca:

- cei care traiesc in saracie sunt mult mai afectati (Benson si colab. 2004);
- femeile care traiesc in cartiere dezavantajate sunt de doua ori mai predispuse sa fie victime ale violentei domestice comparativ cu femeile traiesc in alte zone urbane (Benson si colab.. 2004);
- stressul, lipsa de speranta, dificultatile financiare, consumul de alcool si droguri sunt alti factori de risc cu pondere evidenta (Heise, 1998).

Contactul in criza cu victima violentei domestice:

Datorita caracterului dramatic al situatiei o femeie victima a violentei domestice se adreseaza in mod obisnuit serviciului de urgenta sau programului de interventie in criza, ambele situate in conditii ideale in departamentul de urgenta a spitalului general sau in proximitatea lui.

In alte situatii, victima abuzului domestic apare in programul de criza referita/adusa de alte organizatii/agentii comunitare precum Politia, ONG-uri cu acest obiect de activitate, sistemul de ingrijire medicala primara, medici de alte specialitati sau acompaniata de familie, vecini, cunoscuti, etc. Dupa cum se vede, femeia poate veni singura sau insotita de alte persoane, profesionisti sau neprofesionisti, iar modul cum se prezinta depinde foarte mult de circumstantele venirii ei in servicul de criza.

Alteori femeia se poate prezenta in programul de interventie in criza pentru cu totul alte motive iar in spatele lor sa fie de fapt actul de violenta domestica. Din aceasta cauza se indica ca la momentul potrivit, indiferent de natura situatiilor pentru care o femeie este in serviciul de

criza, sa se aplice procedura de screening pentru violenta domestica cu scopul de a descoperi aceasta situatie de multe ori ascunsa sau deghizata sub diferite aspecte.

Primul contact cu victima violentei domestice este o problema foarte senzitiva, de acesta depinzand foarte mult cum decurg etapele ulterioare, cele de evaluare si interventie. In tabelul Nr. 6 se prezinta cateva din prezentarile tipice ale victimei violentei domestice.

Aspect psihologic, emotional	Aspecte fizic, comportamental
distress	echimoze, rani
depresie si anxietate	plans neintrerupt
lipsa de control emotional	paloare, transpiratii, tremor
manie si dorinta de razbunare	neliniste psihomotirie, agitatie
stare de obnubilare	mutism, stare pseudo-catatona
stari disociative cu mutism, confuzie, etc	vociferare, strigate sau vorbire inceata si greoaie
negativism	frica de contact vizual
disimulare	fuga din servicul de urgenta/criza

Tabelul Nr. 6: Aspecte ale prezentarii femei victime ale violentei domestice

Indiferent de aspectele prezentarii victimei violentei domestice, de abilitatile si experienta lucratorului in criza depinde calitatea contactului cu acesta in vederea stabiliri unei relatii interumane autentice, indiferent de geneza situatiei de criza. Unele sugestii referitor la ce este indicat sa se faca si ce nu in contactul cu o femeie abuzate sunt prezintate in Tabelul Nr. 7.

Ce se indica	Ce se contraindica
Asigurari despre confidentialitate	Sa astepti pana vorbeste
Intervieveaza doar cand este singura	Sa judeci si sa blamezi
Intreaba daca s-a petrecut ceva rau	Sa exerciti presiune asupra ei
Exprima grija si consideratie	Sa dai sfaturi
Asculta si valideaza	Sa conditionezi ajutorul
Ofera ajutor	Sa chemi alt clinician
Valideaza deciziile ei	Sa parasesti incaperea

Tabelul Nr. 7: Sugestii privind contactul cu victima violentei domestice

Faptul ca o femeie este dispusa sa dezvaluie violenta domestica la care a fost supusa este o problema in care sunt implicate multiple variabile individuale si contextuale. Marcus si Braaf (2007) arata ca pe langa rusinea, jena si sentimentele de vinovatie care insotesc aceste episode, exista importante variabile care fac ca o femeie sa fie reticenta precum:

i) frica de a nu fi crezuta;
ii) frica de a fi judecata si criticata;
iii) frica de razbunare a faptuitorului;
iv) frica ca locul unde a ajuns nu este potrivit pentru problemele sale;
v) credinta ca acest serviciu nu este capabil sa-i ofere protectie si ajutor.

Femeile abuzate nu recunosc sau nu vor sa admita intotdeauna ca comportamentul partenerului lor este abuziv. In cazul in care exista suspiciunea ca femeia aflata in programul de interventie in criza a fost tinta unui act de violenta domestica lucratorul in criza trebuie sa declanseze procedura de screening care are ca scop tocmai decelarea comportamentelor abusive care ori sunt trecute sub tacere de femeie or nu sunt constientizate ca atare. Screening pentru violenta domestica trebuie facut ori de cate ori o femei cu probleme emotionale sau psihosomatice se adreseaza programului de criza si el face parte din evaluarea istoriei personale a subiectului. Importanta acestui screening este subliniata si de raportarile lui Jones si Bonner (2002) care au chestionat 159 femei prezentate la o crinica de obstetrica si au gasit ca 10,7% din ele au fost abuzate de partenerii lor sau de Leserman si colab. (1996) care au intervievat 239 femei care s-au prezentat pentru probleme gastro-intestinale si la care au gasit un procent de 66,5% abuzuri. Astfel, screeningul pentru violenta domestica a fost inclus in procedura standard de evaluare a sanatatii fizice si psihice a femeilor care se prezinta in servicul de criza, servicul de urgenta, serviciile de obstetrica si ginecologie sau la medicul de medicina generala si este parte integranta a rutina de ingrijire a unei femei care se prezinta la aceste facilitati de ingrijire a sanatatii. Includerea screeningului in evaluarea sanatatii generale este expresia criminalizarii actelor de violenta domestica si a institutionalizarii masurilor de combatere a ei (Bumiller, 2010) si toti lucratorii din domeniul sanatatii si mai ales pe cei din prima linie de raspuns, sunt mandatati sa aplice acasta procedura. In anexa Nr. 2 se prezinta protocolul universal de screening care este de fapt algoritmul de identificare si ingrijire a femei cu probleme de abuz domestic (Middlesex, London Health Unit, Ontario, 2000).

Atunci cand face acest screening, lucratorul in criza trebuie sa fie precaut, nu trebuie sa fie altcineva de fata, trebuie sa explice de ce pune astfel de intrebari, sa asigure femeia de

confidentialitatea datelor si intrebarile trebuie formulate in functie de nivelul de educatie al femei pe care o intervieveaza. Daca femeia raspunde afirmativ la intrebarile de screening, raspunsul lucratororului in criza este urmatorul (Registered Nurses' Association of Ontario, 2005):

a. sa creada ceea ce declara femeia;
b. sa identifice faptuitorul si tipul/tipurile de abuz;
c. sa evalueza imediat problemele de sanatate ale femeii;
d. sa evalueze siguranta femeii;
e. sa exploreze grijire si nevoile ei si sa intocmeasca un plan de actiune;
f. daca femeia incuviinteaza, sa o refere la resursele potrivite precum consilier familial, grup de suport, adaporturi pentru femei abuzate, servicii legale;
g. sa-i ofere o lista completa de resurse din comunitate disponibile pentru femeile abuzate;
h. intocmirea unei note clinice cu procedura de screening, raspunsul subiectului si interventia lucratorului in criza.

Este bine se inceapa cu un scurt comentariu: "*Abuzul si violenta fata de femeie este destul de comuna in societatea de astazi. Multe femei care s-au adresat serviciului nostru au fost abuzate in relatia cu partenerii lor si unele din ele au fost reticente in a dezvalui aceste abuzuri din cauza sentimentului de jena. Aceasta resprezinta unul din motivele pentru care intrebam in mod constant orice femeie despre aceste lucruri pastrand toata confidentialitatea fata de aceste lucruri delicate. Acum va intreb daca ati fost vreodata amenintata sau lovita de cineva? Ati fost vreodata abuzata fizic, emotional, sexual sau in altfel de cineva important pentru Dvs?"* Alte intrebari care ar putea fi puse dupa ce femeia a acceptat sa declare ca a fost/este abuzata de partener/sot: "*Acum sunteti in siguranta? Acceptati sa vorbiti despre asta? Cand s-a intamplat? Ati vorbit cu cineva despre asta? Cum ati trecut peste acest eveniment? Ce nevoi aveti in momentul de fata*?" (Kearsey, 2002).

In anexa Nr. 3 se prezinta Instrumentul de Screening pentru Detectarea Violentei la Femei (Brown si colab. 2000) frecvent utilizat in practica curenta.

Nu este usor sa se intreprinda screeningul pentru violenta domestica si in Tabelul Nr. 8 sunt inventariate unele din barierele de a pune intrebari de screening, bariere pe care le poate prezenta atat lucratorul in criza cat si femeia in a dezvaluri evenimente de violenta domestica

pe care le-a trait sau le traieste in prezent (The Medical Subcommittee of the Delaware Domestic Violence Coordinating Council (DVCC), 2000).

Barierele lucratorului in criza de a intreba o femeie despre actele de violenta domestica la care ar fi putut fi supusa	Barierele victimei in a dezvalui actele de violenta domestica pe care le-a suferit
Frica de a deschide “Cutia Pandorei”	Este atasata emotional de partenerul abuziv
Frica ca pune intrebari ofensatoare	Are copii cu faptuitorul
Are ideia ca barbatul are dreptul de a domina femeia	Crede ca e mai bine sa pastreze relatia si familia
Lipsa de timp	Frica ca partenerul se va razbuna pe ea
Nu stie ce sa faca daca abuzul este confirmat	Frica de a fi stigmatizata de ceilalti
Credinta ca orice ar face e inutil;	Este economic dependenta de partener
Credinta ca victima a cauzat abuzul	Traieste intr-o zona izolata sau este izolata social
Nu recunoaste unele acte ca fiind acte de abuz	Prezinta probleme de comunicare sau bariere culturale
Lipsa de suport in comunitate	Nu cunoaste drepturilor sale si resursele disponibile in comunitate pentru a fi ajutata
	Spera ca partenerul se va schimba in bine
	Nu doreste ca partenerul sa fie condamnat sau sa aiba cazier
	Nu crede in sistemul juridic si in drepturile ei

Tabelul Nr. 8: Bariere in screeningul femeilor referitor la problema violentei domestice (dupa The Medical Subcommittee of the Delaware Domestic Violence Coordinating Council (DVCC), 2000).

Evaluarea femeii victima a violentei domestice

Evaluarea este pasul firesc dupa stabilirea contactului si formarea unei aliante bazate pe incredere, respect si responsabilitate. Inainte de evaluare, lucratorul din programul de criza trebuie sa explice rolul lui in aceasta circumstanta si mandatul pe care legea protectiei impotriva actelor de violenta domestica i-l ofera. Apoi trebuie sa ia in consideratie ca unele femei refuza sa vorbeasca sau sunt reticente in a vorbi despre aceasta problema si aplicarea tehnicilor de comunicare descrise in prima sectiune a acestei carti si explicarea cu rabdare si claritate a drepturilor legale a femii abuzate si a resurselor existente, sunt de natura sa faca femeia sa colaboreze (vezi Tsbelul Nr. 8). Pe parcursul evaluarii lucratorul in criza trebuie sa fie empatic, autentic, echilibrat, sa asculte activ, sa pune intrebari scurte, sa fie clar si precis si sa un faca comentarii de nici un fel.

Evaluarea are urmatoarele obiective:

a. identificarea actului/actelor de violenta care a facut ca femeia sa se adreseze pentru suport si sa dezvaluie situatia ei de victima a violentei domestice;

evaluarea situatiei se face precum ca pentru o criza situationala grava; in evaluarea tipului de violenta si a consecintelor ei, lucratorul din programul de criza este bine sa se orienteze dupa lista consecintelor din Anexa Nr. 1 si dupa inventarul abuzurilor domestice prezentat in Fig. Nr. 1.

b. identificarea detaliata a dinamicii actului de violenta domestica; care au fost factorii declansanti, secventa escaladarii amenintarilor si violentelor, incercarile de dezamorsare;
c. evaluarea severitatii si frecventei actelor de violenta; severitatea se va judeca in functie de amploarea si magnitudinea daunelor fizice, a riscului vital, a consecintelor pentru bunastarea fizica si psihologica;
d. identificarea contextului in care s-a petrecut, rolul ei si a faptuitorului in declansarea acestui act de violenta; identificarea factorilor declansanti, corelatia dintre acestia si severitatea actelor de violenta;
e. cine este faptuitorul si relatiile dintre acesta si victima; identificarea faptuitorului cu nume, adresa, detalii de contact si istoria relatiei cu victima; numar de separari anterioare, tentative de divort, etc.
f. Prezenta copiilor in familie, copii naturali, copii din relatii anterioare; identificarea violentelor fizice, emotionale, sexuale asupra copiilor;
g. tacticile de control folosite de faptuitor; in evaluarea tacticilor folosite de faptuitor pentru a instituti si mentine controlul in relatie lucratorul din criza se poate ghida dupa indicatiile prezentate in Tabelul Nr. 3;
h. evaluarea sigurantei imediate, daca se simte in continuare amenintata, de ce? si care este riscul curent in ceea ce priveste siguranta persoanei si a copiilor ei in opinia victimei; in Tabelul Nr. 9 se prezinta indicatorii dupa care se poate evalua riscul homicidal intr-o relatie in care violenta domestica este prezenta;

• Istorie anterioara de violenta domestica	• Victima traieste izolat
• Separare curenta sau in viitorul apropiat	• Probleme de custodie si acces la copii
• Escaladare a violentei	• Partener nou in viata victimei dupa separare
• Amenintari cu moartea	• Faptuitorul este somer
• Amenintari si tentative de suicid	• Asalturi sexuale sau acte sexuale fortate
• Comportament obsesiv	• Luare ca ostatica
• Posesia sau accesul la arme de foc	• Distrugerea proprietatii victimei
• Consum excesiv de alcool/droguri	• Violenta impotriva animalelor de companie ale familiei
• Depresie sau alte conditii psihopatologice	• Prezenta de copii vitregi in familie care nu apartin faptuitorului
• Concubinaj	• Istorie de minimalizare sau negare a abuzului
• Incercari de izolare a victimei	• Abuz cand victima era gravida
• Incercari de strangulare	• Varsta tanara
• Faptuitorul a fost martor la violenta domestica in familia de origine	• Control al activitatii zilnice ale victimei

Tabelul Nr. 9: Indicatorii de probabilitate a omucidarii intr-o relatie in care violenta domestica este prezenta (Alberta Justice and Solicitor General, 2008)

i. consecinta asupra sanatatii ei si a copiilor sau altor membrii ai familiei; nevoile imediate de asistenta medicala si/sau psihologica; evaluarea urmarilor actului de violenta si a simptomelor si semnelor consecutive; evaluarea consecintelor violentei domestice asupra femeii si asupra copiilor martori ai violentelor se poate derula conform sugetiilor prezentate in Tabelul Nr. 4 si 5; trebuie adaugat ca strategiile si manevrele de control si coercitie la care este supusa femeiea se pot repercuta asupra copiilor in mod direct (abuzuri fizice directe, neglijare si rejectie, terorizare psihologica, pedepse si metode disciplinare abuzive, oprirea comunicarii cu exteriorul, etc.) sau indirect (creierea unui model prin care se perpetueaza violenta, subminarea autoritatii parentale, perturbarea dinamicii normale ale familiei, sentiment de nesiguranta si abandon, folosirea copilului pentru manipularea si santajul celuilalt, etc.) (Bancroft & Silverman, 2002).

j. probabilitatea repetatii actelor de violenta si a letalitatii lor; in Tabelul Nr. 10 se prezinta indicatorii dupa care se poate judeca probabilitatea repetarii si a letalitatii actelor de violenta domestica;

Indicatori ai probabilitatii de perpetuare a violentei domestice	**Indicatori ai probabilitatii letalitatii actelor de violenta domestica**
Abuz de alcool si/sau droguri	Istorie de violenta domestica (trei sau mai multe in ultimul an)
Somaj	Acces la arme de foc
Violenta in familia de origine	Separare
Varsta tanara	Prezenta unui copil vitreg in familie
Stress	Somaj
Stima de sine scazuta	Prezenta suicidalitatii
Trasaturi dizarmonice de personalitate	Istorie de tulburari mentale
Lipsa sentimentelor de vinovatie	Acte de violenta petrecute in afara caminului
Amenintarea cu abuzuri sexuale	Acte de violente cu urmari fizice severe
Factori culturali	Consum abuziv de alcool si droguri
	Distrugeri ale proprietatii
	Istorie de violenta in familia de origine
	Cruzime/ ucidere a animalelor de companie
	Istorie de tulburari mentale si/sau traumatisme cerebrale

Tabelul Nr. 10: Indicatorii probabilitatii riscului pentru perpetuarea sau letalitatea actelor de violenta domestica (dupa Dutton si colab. 2000; Ganley si Hobart, 2010; www.broken-rainbow.org.uk.)

k. prezenta ideatiei suicidare si a altor riscuri legate de siguranta persoanei; in evaluarea suicidalitatii, respectiv a ideatiei suicidare, a intentiei si planului de suicid, a factorilor de risc si a celor protectivi, lucratorul din programul de criza va aplica procedurile standard care au fost descrise in capitolul despre evaluarea si interventia in criza suicidara din prezenta lucrare;
l. consumul curent de alcool si/sau droguri se apreciaza dupa procedee standard precum aprecierea modelului de consum intr-o zi tipica, numarul de zile de consum pe saptamana, prezenta semnelor de dependenta, etc;
m. istoria de violenta domestica, tipul actelor de violenta, repetabilitatea si ciclurile de violenta; istoria separarilor si reintoarcerilor la domiciliu;
n. evaluarea probabilitatii de perpetuare in viitor a actelor de violenta; (vezi Tabelul Nr. 10);
o. modul de coping cu violenta domestica, daca fmeia a solicitat/primit suport pentru violenta domestica cu alte ocazii in trecut si de care fel; (vezi Tabelul

Nr. 2 care prezinta modurile de "supravietuire" a femeii supusa la violenta domestica);

p. prezenta factorilor protectivi impotriva violentei domestice (vezi Tabelul Nr. 11);

1. Resursele victimei:	**3. Resursele comunitatii pentru siguranta victimei si raspunderea faptuitorului:**
Rezistenta in fata blamarii de catre faptuitor sau comunitate	Servicii de suport pentru victime
Rezilienta, credinta in sine si copii	Existenta unui raspuns fata de violenta domestica (politie, justitie)
Dorinta de a cauta ajutor	Existenta de raspuns legal specific pentru violenta domestica
Disponibilitate de bani, timp si alte resurse	Servicii sociale
Deprinderi si cunostinte profesionale	Facilitati de ingrijire a sanatatii
Abilitati de parinte	Adaposturi speciale pentru femei abuzate
Abilitati pentru a asigura siguranta copiilor	Comunitate bazata pe valori morale
Cunoasterea faptuitorului	Retea de suport social, familie, prieteni
Calitati fizice si sanatate	Programe de reabilitare pentru faptuitor
Folosirea de startegii de siguranta pentru ea si copii	Tratament accesibil pentru alcool/droguri
2. Resursele pentru protectia copiilor:	**4. Resursele pentru reabilitarea faptuitorului:**
Varsta si stadiul de dezvoltare	Oprirea de la abuz pe timpul cercetarii legale
Relatii pozitive cu membrii de familie, frati, surori, vecini	Recunoastere comportamentului abuziv ca o problema a familiei lui si a responsabilitatii lui de a-l stopa
Actiuni in timpul violentei	Cooperarea cu eforturile la adresa comportamentului abuziv
Comportament de cautare a ajutorului	Constientizarea consecintelor negative ale comportamentului abuziv asupra victimei, copiilor, imaginii de sine, statutului social, legal, vocational
Instructiuni relativ la ce sa faca	Cooperarea in timpul interviului
Abilitate de a se conforma la un plan de siguranta	Angajament pentru siguranta victimei
	Arata disponibilitati de a se conforma cerintelor legale
	Respectarea limitelor impuse legal
	Furnizarea de suport parental
	Ia in consideratie interesele copiilor

Tabelul nr. 11: Lista cu factorii protectivi impotriva violentei domestice (Ganley si Hobart, 2010)

q. care este perceptia victimei asupra violentei domestice, care este nivelul de cunoastere a drepturilor ei si a resurselor specifice de suport existente in comunitate;

r. care este speranta si planul ei pe termen scurt si lung; doreste sa se intoarca acasa sau doreste sa se separe de agresor;
s. care sunt nevoile ei imediate si pe termen lung privind siguranta personala si a copiilor, ingrijirea sanatatii, suport psihologic, asistenta juridica, nevoi financiare, adapost, etc.
t. Evaluarea se incheie cu asigurarea femei ca este in siguranta, ca va primi tot suportul necesar si cu afirmatia ca lucratorul are mandatul de a anunta la politie orice caz de violenta domestica mai ales daca au fost expusi si copii. In acest punct al evaluarii se solicita victimei consimtamantului de a dezvalui la Politie actele de violenta la care a fost supusa. Tot acum se discuta si se stabileste daca femeia implineste criteriile de a ramane in programul de interventie in criza pentru un raspuns la criza actuala sau va fi referita la alte programe in functie de nevoile curente (evaluare si interventie medicala, consiliere familiala, servicii sociale care ofera adapost pentru femeile victime ale violente domestice, etc.) Un algoritm al evaluarii femeii cu violenta domestica este prezentat in Anexa Nr. 4.

Mai jos prezinta o secventa standard de stabilire a contactului si a unei aliante cu victima cu scopul de a deschide usa pentru o evaluare completa si interventie ulterioara (Missouri Coalition against Domestic Violence, 2006):

1. Asculta:

- furnizeaza un loc sigur si retras pentru ca femeia sa poate spune povestea ei;
- nu accepta pe altcineva in incapere;
- acorda suficient timp pentru ca ea sa se simta confortabil si capabila de a furniza detalii despre abuz;
- incepe cu povestea ei, apoi continua cu istoria problemei, grijile si problemele ei;
- valideaza experienta si spusele ei;
- clarifica tot ce nu ai inteles;
- identifica dorintele si temerile ei si resursele curente pe care le are sau de care are nevoie;
- ajut-o sa formuleze un plan pentru a fi in siguranta;

2. Informeaza:

- informeaza despre resursele existente in cazul femeii abuzate domestic;

- exploreaza circumstantele actuale si care ar fi optiunile adecvate fata de resursele existente;

3. Faciliteaza:

- ajut-o sa evalueze raspunsul ei si sa inteleaga consecintele;
- stabileste nevoia de suport specific si fa legatura cu servicile respective;
- fajut-o sa formulaze un plan de actiune pe termen scurt;

4. Abiliteaza si ajuta:

- furnizeaza psihoeducatie pentru ca sa poata sa se sustina singura, sa aibe control asupra vietii proprii si sa ramana in siguranta impreuna cu copii ei;
- valideaza alegerile si capacitatile ei.

In final trebuie spus ca exista si instrumente standardizate de evaluare a violentei domestice dar personal nu sunt partizanul folosirii acestora din cauza lipsei de confidenta si validitatea. Meritul lor ar putea fi in a oferi un ghid de interviu, un portofoliu de intrebari care pot fi puse in contextual evaluarii directe, flexibile si in dinamica dialogului natural. Dintre aceste instrumente amintesc aici:

- Dangerousness Assessment (Campbell, 1995)
- Spousal Assault Risk Assessment (SARA) (Kropp & Hart, 1997)
- Propensity for Abusiveness Scale (Dutton, 1995a)
- Psychological Maltreatment of Women Inventory (Tolman, 1989)
- Revised Conflict Tactics Scale – 2 (Straus si colab. 1996)
- Risk checklist/Psychological Violence Inventory (Sonkin, 2000)
- Relationship Conflict Inventory (Bodin, 1996)
- Dominance Scale (Hamby, 1995)
- Women's Experiences with Battering (Smith si colab., 1995)

Interventia

Ca o regula generala in criza, interventia incepe inca din timpul evaluarii. A adopta o atitudine calma, a asculta cu atentie si empatie femeia abuzata, a o crede, a o asigura ca nu este gresala ei, a-i recunoaste emotiile si a le valida ca traire umana normala in circumstantele respective este primul si cel mai bun raspuns in cazul unei femei care a experimentat violenta

domestica. O alta regula importanta este ca interventia sa fie facuta cat mai devreme. O interventie timpurie si un raspuns coordonat fata de violenta domestica va furniza urmatoarele beneficii:

a. furnizeaza cea mai buna cale de protejare a victimei si a copiilor;
b. previne escaladarea modelului de abuz;
c. reduce rata violentelor severe;
d. mentine stabilitatea familiei atunci cand este posibil.

Pe baza evaluarii de pana in acest moment, se stabileste daca femeia implineste criteriile de a ramane in programul de criza pentru a primi suportul necesar sau daca este cazul sa fie referita altui program care raspunde mai bine nevoilor ei actuale. Astfel, ea poate fi referita serviciului de urgenta pentru evaluari medicale specifice si pentru tratament in consecinta sau poate fi trimisa la alte serivici medicale precum cele de obstetrica si ginecologie, chirurgie, oftalmologie, etc. In acest caz lucratorul din programul de criza stabileste legatura cu serviciul respectiv, transfera informatiile si responsabilitatea ingrijirii si acompaniaza femeia pana in acel loc. Ca o regula generala, femeia abuzata nu trebuie lasata nici un moment singura, iar daca este suicidara, nu paraseste serviciul de criza pana nu se evalueaza riscul si nu se formuleaza planul de siguranta; ea va pleca la alte servicii de ingrijire impreuna cu planul de siguranta formulat de serviciul de criza.

Femeia victima a violentei domestice ramane in serviciul de criza daca indeplineste criteriile unei situatii de criza, respective daca abilitatile personale de coping sunt depasite, ceea ce se traduce printr-o lipsa de control al emotiilor, comportament riscant, ideatie suicidara, incapacitate de a se auto-ingriji, de a lua decizii, de rezolva adecvat problemele si a ramane in siguranta.

Cateva din atitudinile recomandate de a fi adoptate de lucrtorul din criza in timpul interventiei (Missouri Coalition against Domestic Violence, 2006):

- ramai calm, nu reactiona la emotionalitatea victimei sau la dramatismul situatiei;
- lasa femeia sa decida propriul plan de actiune, respecta capacitatea ei de alegere; furnizeaza suport daca constati ca nu are capacitate sa gandeasca clar dar oricum lasa-i initiativa si respecta-i alegerile;
- explica-i cu grija resursele diponibile in comunitate pentru ajutorul femeii abuzate, felul lor, cum functioneaza, locatia si felul cum se contacteaza si explica-i dreptul ei de a le folosi;

- cand faci recomandari sau sugestii nu exprima punctul personal de vedere, valorile si ingrijorarile proprii, intelege cat e de greu pentru o femeie sa puna capat unei relatii, ambivalenta si fricile eu, grija fata de copii;
- incurajeaza femeia sa accepte si sa preia rasponabilitatea propriului viitor, sa recunoasca si sa afirme calitatile si abilitatile de a trece singura peste aceasta incercare;
- nu exprima dezaprobare sau descurajare atunci cand femeia afirma ca vrea sa se intoarca in relatie;
- tolereaza mania, anxietatea si frustrarea femeii ca si pe cele proprii cand lucrurile nu merg asa cum s-ar crede;
- minimalizeaza diferentele de educatie, cultura sau statut social care apar in comunicarea cu femeie din fata ta, treci peste diferentele dintre punctele de vedere si interpretare si exprima doar caldura, respect si grija.

Interventia in cazul femei victime a violentei familiale se centreaza pe patru puncte principale:

1. siguranta femeii;
2. avizarea/informarea femeii;
3. bunastarea femeii;
4. documentarea violentei si formularea planului de siguranta.

1. **Siguranta victimei**. Lucratorul din criza trebuie sa se documenteze si sa intreprinda toate masurile pentru ca femeie sa fie in siguranta. Pentru aceasta el trebuie sa identifice amenintarile la adresa victimei, felul violentelor, cronologia lor, locatia faptuitorului, accesul acestuia la arme de foc, angajamentul acestuia de a continua violentele sau de a se razbuna, factorii care ar putea conduce la escaladarea violentei, probabilitatea de continuare a violentelor in conditiile in care femeia s-ar intoarce acasa sau ar fi in contact cu faptuitorul, discutarea cu victima a riscului de pertetuare a violentelor si motivarea ei pentru implicarea autoritatilor (de ex. Politie), trecerea in revista a masurilor pe care victima le-a luat deja sau le va lua pentru a fi in siguranta si inregistrarea lor in planul de siguranta. La toate acestea se adauga ajutorul pe care victima i-l primeste in evaluarea si tratarea medicala a daunelor produse de violenta la care a fost supusa, in reconectarea cu familia de origine, prietenii si alte persoane de ajutor, in obtinerea asistentei juridice si rezolvarea problemelor de transport, recuperarea documentelor si altor lucrurilor

personale care au ramas acasa si a altor probleme care tin de siguranta personala fizica, economica si sociala a ei si a copiilor ei;

2. **Avizarea/informarea femeii**: Lucratorul din programul de criza trebuie sa furnizeze victimei informatii privind modul de aparare fata de agresor care presupune ruperea contactului sau micsorarea probabilitatii de a fi in contact cu el, precum luarea in considerare a mutarii de la domiciliu, schimbarea ritualurilor zilnice, schimbarea modurilor de transport, schimbarea numarului de telefon, etc. Femeia este avizata sa tina un jurnal al contactelor cu agresorul, fata in fata sau la telefon, in care sa fie trecute data cu ora si locul fiecarui contact, un sumar cu ce s-a petrecut si comportamentul acestuia, jurnal important pentru a evidentia riscul potential si dinamica relatiei. De mare importanta este informarea victimei asupra drepturile ei, de modul in care legile si organizatiile statului si comunitatii apara o femeie victima a violentei domestice. Aceste informatii trebuie infatisate in mod clas si fara echivoc. La acestea se vor adauga informatii despre resursele existente in comunitate pentru femeile abuzate precum adaposturi, locuinte tranzitorii, grupuri de suport pentru femei abuzate, servicii pentru copii acestora, agentii si ONG pentru apararea femeilor abuzate, locuri pentru asistenta juridica gratuita, locuri pentru consiliere psihologica; la toate acestea sa va adauga numarul de telefon al serviciului de criza care poate fi apelat pentru sprijin 24 ore/7 zile pe saptamana si numarul de telefon al Politiei locale. Este bine ca aceasta lista detalita sa fie inmanata femei sub forma unui pliant.

3. **Asigurarea bunastarii femeii abuzate**: Lucratorul din criza trebuie sa evalueze situatia curenta a femeii abuzate, nevoile imediate ale ei si ale copiilor insotitori in ceea ce priveste bunastarea fizica si psihologica precum: are asupra ei actele de identitate, are suficienti bani, are unde sa doarma, poseda imbracamintea necesara pentru ea si copii ei, are persoane de suport la care sa apeleze, poseda un telefon mobil si numerele de telefon ale familiei, cunostintelor, ale locurilor necesare din comunitate, are acces la mijloace de transport, cunoaste topografia localitatii unde se afla si adresele facilitatilor si institutiilor de care are nevoie (de ex. adaposturi pentru femei abuzate, grupuri de ajutor, ONG specifice, serviciului de urgenta de la spital, a Politiei, medicului de familie, servicii de asistenta sociala, asistenta juridica, etc.), prezinta femeia bariere in comunicare (lingvistice, culturale, dizabilitati specifice, etc.). Lucratorul din criza trebuie sa faca contactul direct cu acele organizatii sau agentii de suport pentru femeile abuzate in

functie de nevoile curente ale peroanei de fata si sa se asigura ca toate aceste nevoi au fost sau sunt pe cale sa fie satisfacute atunci cand femeia paraseste serviciul de criza. In vederea rezolvari problemelor curente si pe termen scurt lucratorul din criza trebuie sa ajute persoana in luarea de decizii realiste si de gasire de solutii orientate pe concret.

4. **Documentarea violentei si formularea planului de siguranta**. In aceasta faza a interventiei, lucratorul din criza colecteaza diferite informatii despre agresor cu scopul de a evalua magnitudinea curenta a amenintarii cu violenta si probabilitatea ca victima sa fie supusa din nou violentelor, informatii care vor dimensiona planul de siguranta cu care se incheie interventia in criza a victimei violentei domestice. Astfel, se culeg date despre actualul comportament al faptuitorului, daca inca mai urmareste sau hartuieste victima, daca profereaza amenintari si care este natura acestora, capacitatea agresorului de a-si controla emotiile, gelozia, daca vandalizarea proprietatii victimei, consumul de substante, probleme de sanatate mentala si care este stadiul relatiilor lui cu organele de cercetare pentru actele trecute de violenta. Daca femeie doreste sa se intoarca la caminul ei, intocmirea planului de siguranta este obligatoriu pentru lucratorul din programul de criza.

Planul de siguranta:

Planul de sigurante este documentul care inregistreaza toate actiunile concrete a fi desfasurate pentru a tine victima in siguranta fata de agresor. Sunt cateva principii care trebuie respectate de catre lucratorul din criza cand se alcatuieste un plan de siguranta pentru o femeie victima a abuzului domestic:

- Siguranta este prioritara: este femeia si copii ei in siguranta? ce s-a intreprins pana acum si ce mai este de facut?
- Fiecare femeie este experta pentru viata ei si lucratorul din criza trebuie sa respecte opiniile si sugestiile ei;
- Fiecare femeie este unica in felul ei: lucratorul sa nu fac presupuneri referitor la siguranta ei;
- Lucratorul din criza este obligat sa furnizeze informatii despre resursele locale precum adaporturi, ONG-uri, consiliere, asistenta juridica, politie, servicii medicale si sociale.

Mai jos se prezinta un model comprehensiv de alcatuire a planului de siguranta in trei pasi (Registered Nurses’ Association of Ontario, 2005).

1. Asigurarea ca femeia este in siguranta tot timpul

Informatii de luat in considerare**:** *Unde este agresorul in acest moment? Avand in vedere unde se afla femeia (adopost, servicul de ingrijire a sanatatii, familie de origine, cunoscuti, etc.) crede ea ca faptuitorul poate sa mai reprezinte vre- un pericol pentru ea si copii ei? Este nevoie de a solicita ajutorul politiei?*

2. Colectarea de date privind siguranta actuala a femeii:

a. Evaluarea nivelului de pericol in functie de relatia spatiala care exista intre ei;
b. Natura contctului recent cu partenerul: Mai este partenerul amenintator? Exprima partenerul sentimente de dezolare si regret? Cat de tematoare este femeia de a se plange de comportamentul partenerului?
c. Natura abuzului/violentei: A crescut frecventa si severitate violentei? Este partenerul in posesia unei arme sau ameninta ca o va procura?
d. Evenimente semnificative pentru riscul de violenta: Este femeia gravida? Ia in calcul terminarea relatiei cu partenerul? Vrea sa inceapa o noua relatie cu alt barbat? Vrea sa mearga la serviciu sau la scoala? Este stabilita o dat cand trebuie sa se prezinte la procuratura/judecatorie (pentru acuzatii de abuz, separare/divort, custodia copiilor)?
e. Reteaua de suport curenta a femeii: Este femeia izolata social (datorita problemelor de comunicare, lipsei de mijloace de transport, probleme de mobilitate, dificultati financiare)? Cine altcineva stie de abuzul suferit? Sunt acestea persoane suportive?

3. Intocmirea unui plan de siguranta in caz ca femeia doreste sa se intoarca acasa:

Daca femeie doreste sa se intoarca acasa, lucratorul din criza nu trebuie sa o exprima o alta parere ci doar se treaca in revista abuzurile pe care le-a suferit si factorii de probabilitate pentru repetarea abuzurilor. Daca femeia isi mentine punctual de vedere atunci el trebuie sa formulaze in colaborare cu femeia respectiva un plan de siguranta la care ea sa adere in mod real:

a. Sa nu tina ascunse actele de abuz savarsite impotriva ei si sa le comunice imediat;
b. Sa aibe o lista de telefoane de urgenta unde poate sa solicite ajutor si indrumare (telefoneaza la 211, Politie, programul de criza, serviciul de urgenta de la Spitalul General, grupurile de ajutor, serviciile sociale, ONG specific pentru femeile abuzate, etc.);
c. <u>Formularea unui plan de scapare</u> – unde sa mearga in caz de situatie de urgenta (adaport pentru femei abuzate, familia de origine, prieteni, program de adapostire temporara, etc.);

d. Sa stranga documentele esentiale si sa le pastreze intr-un loc sigur;
e. Sa aiba pregatit un bagaj cu lucrurile esentiale pentru ea si copii si sa-l pastreze la cineva de incredere (actele de identitate, pasaport, acte de stare civila pentru ea si copii, bani, carti de credit, haine si obiecte de stricta necesitate);
b) f.. In caz de abuz sau amenintare cu violenta, femeia sa utilizeze planul de scapare dinainte formulat.

Interventiile comunitare eficiente in cazul violentei domestice:

De-a lungul timpului comunitatile locale si institutiile nationale au incercat variate metode de combatere si prevenire a violentei domestice si astazi exista un consens in a spune ca cele mai eficiente programe/metode sunt (Tolan si colab. 2006):

- Organizarea de adaposturi pentru victime: separarea femeii de faptuitor si folosirea adapostului trebuie sa fie una din primele interventii care asigura siguranta femeii si creiaza premizele pentru urmarirea agresorului, eliberarea femeii de sub controlul opresorului, reintregirea familiei atunci cand este posibil;

- Urmariea in justitie a faptuitorului se bazeaza pe recunoasterea ca violenta domestica este adesea repetitiva iar consecintele legale pe care le sufera conduce la siguranta victimei. Aceasta constatare mandateaza profesionastii care iau cunostinta de violenta in familie sa raporteze la politie actul de violenta. Mai multe studii au aratat ca arestarea temporara imediat dupa comiterea actului de violenta si separarea victima - faptuitor se dovedeste una din cele mai eficiente interventii.

- Referirea la tratament psihologic a agresorului: barbatii care au faptuit violente impotriva partenerelor/sotiilor lor sunt in mod obisnuit referiti la terapie cognitive comportamentala, terapie/consiliere maritala sau de cuplu sau la programul de management al maniei si impulsurilor agresive si sunt monitorizati pana la stabilizarea comportamentului si siguranta partenerului; exista si o evidenta robusta ca tratamentul abuzului de alcool reduce violenta domestica.

Consideratii finale :

Sugerez lucratorului din criza sa nu medicalizeze niciodata un caz de femeie victima a violentei domestica pentru ca acasta atitudine ar pune victima intr-o pozitie pasiva, de asteptare a ajutorului din partea altora si ar demotiva-o in a-si alege calea singura. Alta sugestie este de a nu referi niciodata un astfel de caz fara un transfer adecvat al responsabilitatii ingrijirii si responsabilitatii. Nu trebuie neglijat ca mai devreme sau mai tarziu astfel de cazuri capata o

turnura juridica care ar putea antrena responabilitatea lucratorului din criza. Din acesta cauza ultima mea sugestie este de a documenta in notele sale clinice orice demers si actiune intreprinsa pe parcursul evaluarii si interventiei si trecerea planului de siguranta in integralitatea lui si de a stabili cu victima contacte de urmarire pentru urmatoarea perioada pentru a monitoriza siguranta si protectia ei.

Anexa Nr. 1:

Consecintele violentei domestice asupra sanatatii femeii

(dupa Middlesex London Health Unit, 2000. London, Ontario)

Efecte asupra sanatatii fizice:

- Fracturi de diverse tipuri si localizari;
- Echimoze cu diferite localizari;
- Contuzii si traumatisme cu raniri ale capului, ochilor, buzelor, obrajilor, gatului, spatelui;
- Arsuri cu tigareta, flacara, arsuri cu acid sau alte substante chimice;
- Taieturi si rani provocate de obiecte ascutite sau taioase;
- Zgarieturi, escoriatii, grataje facute cu unghiile;
- Raniri sau echimoze facute prin muscare;
- Laceratii ale tegumentelor;
- Pereforatii ale timpanului;
- Pierdere de dinti prin actiuni traumatice;
- Pierdere de par prin smulgere;
- Injurii ale organelor interne de origine traumatica;
- Dureri gastro-intestinale;
- Sindrom de colon iritabil;
- Durere cronica de spate, gat sau alte dureri musculo-scheletale;
- Cefalee cronica;
- Hipertensiune arteriala;
- Palpitatii;
- Deslipire de ratina si alte leziuni oculare de origine traumatica;
- Tulburari ale fonatiei prin traumatisme in zona laringelui;
- Raniri prin arme de foc;
- Hipereventilatie, dispnee;

Efecte asupra organelor sexuale si de reproducere:

- Boli sexual transmise precum HIV;
- Nastere premature, avort;
- Dureri vaginale si/sau pelvine cornice;
- Infectii cornice vaginale si urinare;
- Mutilare genitala;
- Sarcini frecvente cand au fost contraindicate sau nedorite;
- Vaginism;
- Histerectomie;
- Comportament sexual adictiv;
- Infertilitate;

Efecte asupra sanatatii psihologice:

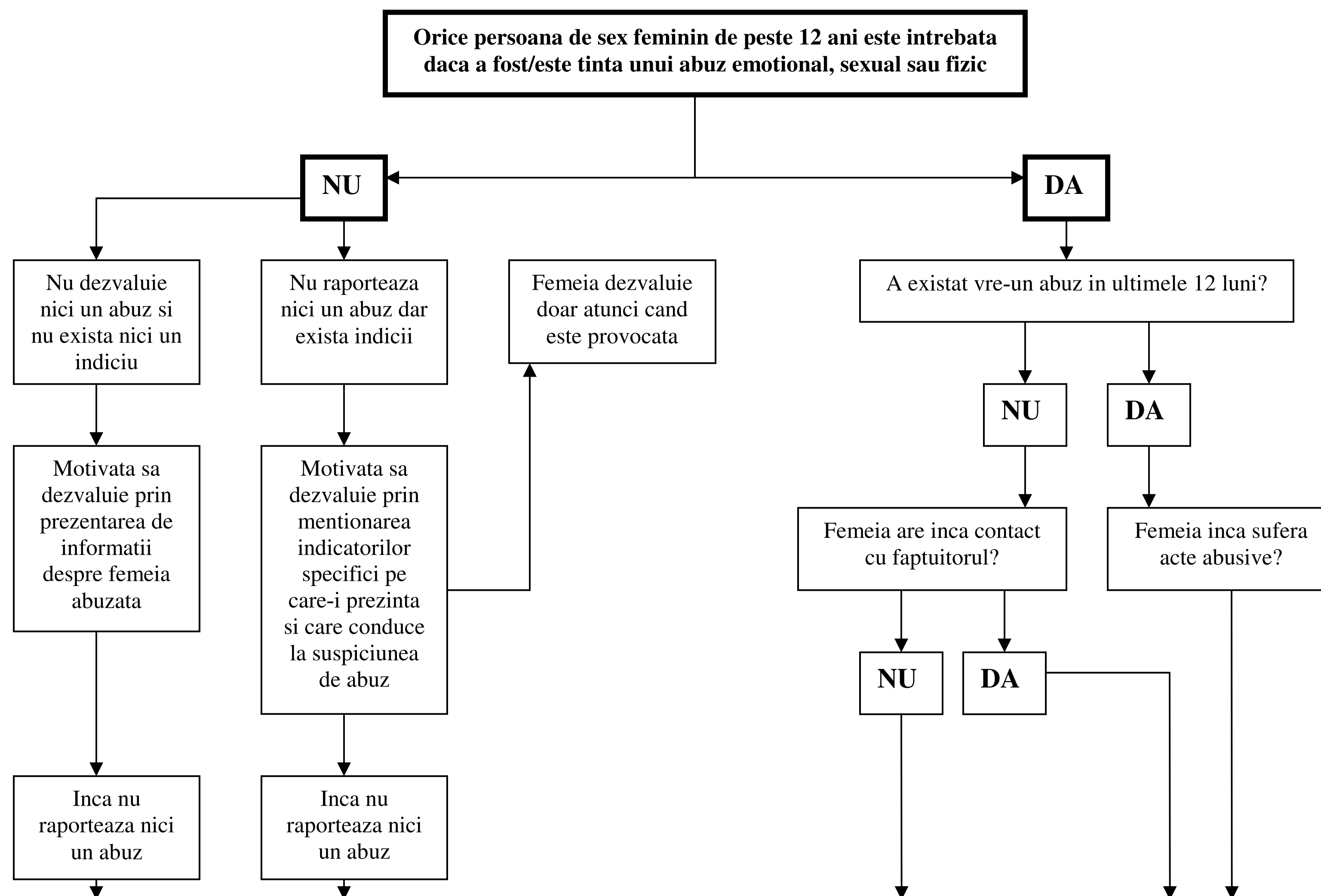
- Stima de sine scazuta
- Comportament auto-abuziv;
- Dificultati in formarea si mentinerea de relatii armonioase;

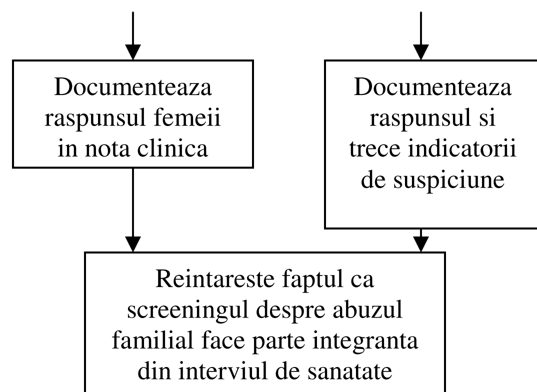
- Parenting dysfunctional;
- Anxietate;
- Epiaode frecvente de plans;
- Inadecvare a sensului identitatii si spatiului privat;
- Oprire sau regresare in dezvoltarea persoanei, imaturitate;
- Disfunctii sexuale/frica de relatii sexuale;
- Pasivitate;
- Comportament auto-degradant;
- Probleme in comunicare:
- Hipervigilenta, suspiciozitate;
- Stress cronic;
- Reactii manioase necrontrolate;
- Insomnie/tulburari de somn/cosmaruri;
- Retrairi terifiante;
- Fobii;
- Tulburari de memorie;
- Tulburari de concentrare si atentie;

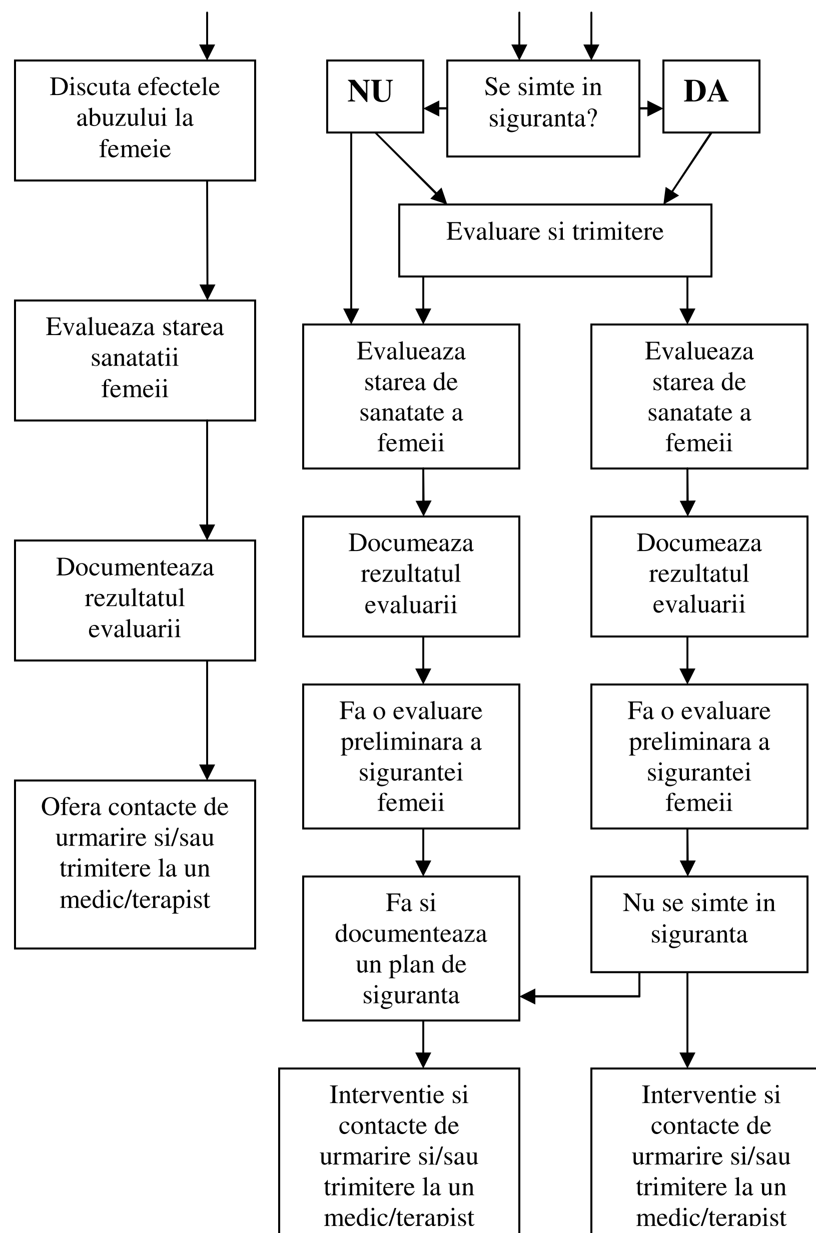
Efecte psihiatrice:

- Depresie;
- Tulburari anxioase;
- Ideatie suicidara;
- Disociatie;
- Tulburari alimentare;
- Tulburare post-traumatica de stress;
- Tulburari de adaptare cu dispozitie depresiva;
- Tulburare obsesiv-compulsiva;

Anexa Nr. 2: Protocolul universal de screening si algoritmul de ingrijire a femei cu probleme de abuz domestic (modificat dupa Middlesex-London Health Unit, 2000).




Documenteaza raspunsul femeii in nota clinica
Documenteaza raspunsul si trece indicatorii de suspiciune
Reintareste faptul ca screeningul despre abuzul familial face parte integranta din interviul de sanatate


Discuta efectele abuzului la femeie
Evalueaza starea sanatatii femeii
Documenteaza rezultatul evaluarii
Ofera contacte de urmarire si/sau trimitere la un medic/terapist
NU
Se simte in siguranta?
DA
Evaluare si trimitere
Evalueaza starea de sanatate a femeii
Evalueaza starea de sanatate a femeii
Documeaza rezultatul evaluarii
Documeaza rezultatul evaluarii
Fa o evaluare preliminara a sigurantei femeii
Fa o evaluare preliminara a sigurantei femeii
Fa si documenteaza un plan de siguranta
Nu se simte in siguranta
Interventie si contacte de urmarire si/sau trimitere la un medic/terapist
Interventie si contacte de urmarire si/sau trimitere la un medic/terapist

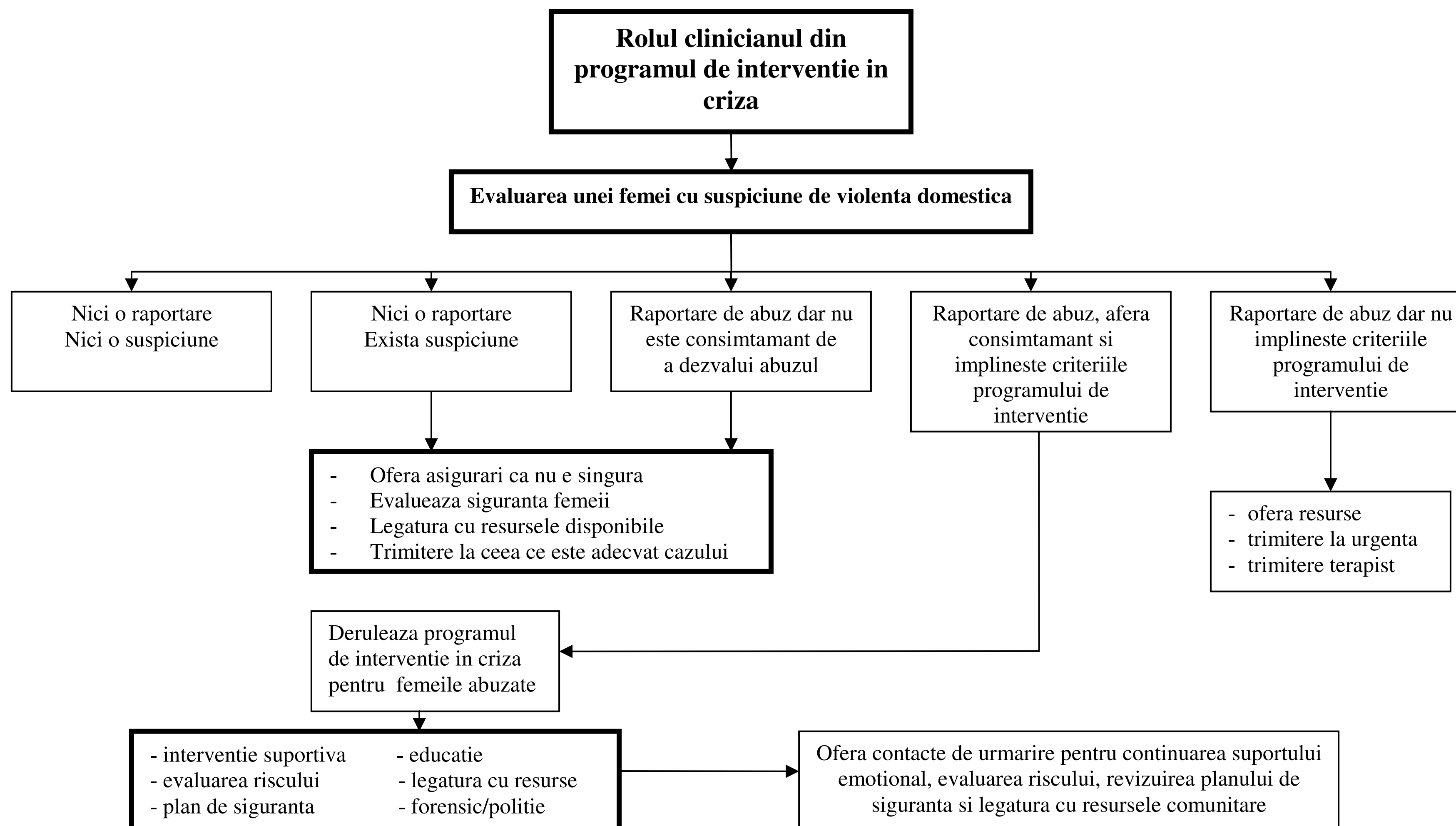
Anexa Nr. 3

Instrumentul de screening pentru detectarea abuzului la femei
(Woman Abuse Screening Tool - WAST)

1. In general, cum ati descrie relatia Dvs cu sotul/partenerul?	plina de tensiune	ceva tensione	nici o tensione
2. Cum Dvs si partenerul/sotul Dvs rezolvati disputele/certurile pe care le aveti?	cu mare greutate	cu ceva greutate	fara nici o greutate
3. Au dus vreodata certurile pe care le aveti la emotii si sentimente negative?	adesea	uneori	niciodata
4. Certurile au degenerate vreodata in lovire, impingere sau bataie?	adesea	uneori	niciodata
5. V-ati simtit vreodata amenintata de partenerul/sotul Dvs prin ce zice sau ce face?	adesea	uneori	niciodata
6. Partenerul/sotul Dvs v-a abuzat vreodata fizic?	adesea	uneori	niciodata
7. Partenerul/sotul Dvs v-a abuzat vreodata emotional?	adesea	uneori	niciodata
8. Partenerul/sotul Dvs v-a abuzat vreodata sexual?	adesea	uneori	niciodata

Anexa Nr. 4: Algoritmul de evaluare a unei femei cu probleme de violenta domestica

(modificat dupa Middlesex, London Health Unit, Ontario, 2000)



Bibliografie:

Agentia Nationala Pentru Protectia Familiei (2008): Ghid de interventie in cazurile de violenta in familie, Bucuresti.

Alberta Justice and Solicitor General (2008): Domestic violence handbook for Police and Crown Prosecuters in Alberta, Alberta Justice Communications, Alberta: Edmonton.

Alhabib S, Nur U, Jones R (2010: Domestic violence against women: Systematic review of prevalence studies, Journal of Family Violence 25:369–382.

American Medical Association (1992): Diagnostic and treatment guidelines on domestic violence. Archives of Family Medicine, 1: 39-47.

Archer J. 2000. Sex differences in aggression between heterosexual partners: a metaanalytic review, Psychological Bulletin 126:651–680.

Bancroft L, Silverman JG (2002): The batterer as parent: The impact of domestic violence on family dynamics. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Benson ML, Litton A, Fox G (2004): When violence hits home: How economics and neighborhood play a role, Report. NCJ205004, Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs.

Berman H, Hardesty J, Humphreys J (2003): Children of abused women, in J. Humphreys, JC Campbell (Eds.): Family violence and nursing practice, Philadelphia: Lippincott.

Bodin AM (1996): Relationship conflict--verbal and physical: Conceptualizing an inventory for assessing process and content, in FW Kaslow (Ed.): Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns, New York: Wiley.

Broken-rainbow.org, National LGBT Domestic Violence Helpline: Diagnosis and risk assessment, (www.broken-rainbow.org.uk.)

Brown J, Lent B, Schmidt G, Sas S (2000): Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-short in the family practice setting. Journal of Family Practice, 49: 896-903.

Bumiller K (2010): The Nexus of domestic violence reform and social science: From instrument of social change to institutionalized surveillance, Annual Review of Law and Social Science, 6:173–193.

Campbell JC (Ed.) (1995): Assessing dangerousness: Violence by sex offenders, batterers and child abusers. Newbury Park, CA: Sage Publications.

Campbell JC (1995): Adult response to violence, in JC Campbell (Ed.): Violence: A plague in our land, Washington, DC: American Academy of Nursing.

Capaldi DM, Clark S (1998): Prospective family predictors of aggression toward female partners for at-risk young men, Developmental Psychology 34:1175–1188.

Capaldi DM, Gorman-Smith D (2003): The development of aggression in young male/female couples, in P Florsheim (Ed.): Adolescent Romantic Relations and Sexual Behavior: Theory, Research, and Practical Implications, Mahwah, NJ: Erlbaum.

Caplan PJ (1985): The Myth of Women's Masochism. New York: E. P. Dutton,

Chalk R, King PA (1998): Violence in Families: Assessing Prevention and Treatment Programs, Washington, DC: National. Academic Press

Domestic Abuse Prevention Program, Home of Duluth Model (1982), (http://www.theduluthmodel.org.)

Dutton DG (1995): A scale for measuring propensity for abusiveness. Journal of Family Violence, 10(2): 203-221.

Dutton DG, Kropp PR (2000): A rivew ofdomestic violence risk instruments, Trauma, Violence & Abuse, 1(2): 171-181.

Ellsberg M, Heise L: (2005): Researching violence against women: A practical guide for researchers and Aactivists, Washington DC: World Health Organization, PATH.

European Commision (2010): Eurobarometer No. 344: Domestic violence against women, Belgium: Brussels.

Flury M, Nyberg E, Riecher-Rössler A (2010): Domestic violence against women: definitions, epidemiology, risk factors and consequences, Swiss Medical Weekly, 140, 13099.

Ganley A, Hobart M (2010): Social worker’s practice guide to domestiv violence, Washington State Department of Social and Health Services, Seattle.

Garcia-Moreno C, Jansen H, Ellsberg M, Heike L, Watts C: (2006). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women’s health and domestic violence, Lancet, 368: 1260–1269.

Hague G, Malos E (2005): Domestic violence: Action for change (3rd ed.). Cheltenham: New Clarion Press.

Hamby S (1995): Dominance Scale. Durham, NH: University of New Hampshire Press.

Health Canada. (2002). Violence against women, http://www.hc-sc.gc.ca/english/women/facts_issues/facts_violence.htm.

Heise L (1998): Violence against women: an integrated ecological framework, Violence Against Women 4:262–290.

Home Office (2010): Government of UK, Definition of Domestic violence, (http://www.crimereduction.homeoffice.gov.uk/dv/dv01.htm)

Joachim J (2000): Shaping the human rights agenda: the case of violence against women: in MK Meyer & E Prugl (Eds.): Gender politics in global governance, Lanham: Rowman and Little Field.

Johnson MP (2006): Conflict and control: gender symmetry and asymmetry in domestic violence. Violence Against Women 12:1003–1018.

Kantor GK, Jasinski JL (1998): Dynamics and risk factors in partner violence in JL Jasinski, LM Williams (Eds.): Partner Violence: A Comprehensive Review of 20 Years of Research, Thousand Oaks, CA: Sage

Kearsey K (2002): Listening for silent screams, Registered Nurse, 14(4):12-17.

Koss MP, Goodman LA, Browne A, Fitzgerald LF, Keita GP, Russo NF (1994): No safe haven: Male violence against women at home, at work, and in the community. Washington, DC: American Psychological Press.

Kropp PR, Hart SD (1997): Assessing risk of violence in wife assaulters: The Spousal Assault Risk Assessment Guide: in CD Webster, MA Jackson (Eds.): Impulsivity: Theory, assessment, and treatment, New York: Guilford Press.

Loseke DR, Kurz D (2005): Men’s violence toward women is the serious social problem, in DR Loseke, R Gelles, MM Cavanaugh (Eds.): Current Controversies on Family Violence, Thousand Oaks, CA: Sage.

Lloyd S, Taluc N (1999): The effects of male violence on female employment. Violence Against Women, 5: 370-392.

Marcus G, Braaf R (2007): Domestic and family violence studies, surveys and statistics: Pointers to policy and practice. Sydney: Australian Domestic & Family Violence Clearinghouse

Medlive (2010): Violenta in familie, consecinte medicale. Consilierea victimelor va fi introdusa ca modul de studiu in programa de Sanatate si Asistenta sociala, Publicat la 9.9.2010, (www.medlive.hotnews.ro/medicina de familie/violenta-domestica).

Middlesex - London Health Unit. (2000): Task force on health effects of woman abuse – Final report. London, Ontario

Missouri Coalition against Domestic Violence (2006): The nature and dynamics of domestic violence, Missour:; Jefferson City; www.mocadsv.org.

Moffitt TE, Caspi A (1999): Findings about partner violence from Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study. Rep. NCJ 170018, Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice.

National Judicial Institute on Domestic Violence (2004): Enhancing Judicial Skills in Domestic Violence Cases (Chicago: A presentation at the Sofitel Chicago Water Tower, April 25-28, 2004).

Registered Nurses Association of Ontario (2005): Woman abuse: Screening, identification and initial response. Toronto, Canada: Registered Nurses Association of Ontario.

Reynolds C, Schweitzer A (1998): Responding to woman abuse: A protocol for health care professionals. London: London, Battered Women's Advocacy Centre.

Smith PH, Earp JA, DeVellis R (1995): Measuring battering: Development of the Women's Experiences with Battering (WEB) scale. Women's Health: Research on Gender, Behavior, and Policy, 1: 273-288.

Sonkin DJ (2000): Court-mandated perpetrator assessment and treatment handbook. Sausalito, CA.

Stark E (2007): Coercive Control: How Men Entrap Women in Personal Life. New York: Oxford Univ. Press

Straus MA (2006): Future research on gender symmetry in physical assaults on partners. Violence Against Women, 12:1086–1097.

Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S, Sugarman DB (1996): The revised Conflict Tactics Scales (CTS 2): Development and preliminary psychometric data. Journal of Family Issues, 13(3), 283-316.

The Medical Subcommittee of the Delaware Domestic Violence Coordinating Council (DVCC) (2000): Domestic violence: A resource manual for healthcare providers for the State of Delaware: Part 3: Healthcare provider's response, Delaware Medical Journal, 72: 527-534.

Tolan P, Gorman-Smith D, Henry D (2006): Family violence, Annual Review of. Psychology 57:557–83.

Tolman RM (1989): The development of a measure of psychological maltreatment of

women by their male partners. Violence & Victims, 4(3): 159-177.

U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Mental Health, U.S. Department of Justice Office of Justice Programs, National Institute of Justice, (1996): The Validity and Use of Evidence Concerning Battering and Its Effects in Criminal Trials, NCJ 160972.

Walker LE (1984): The Battered Woman Syndrome, Springer Publishing Company, New York.

Wisner CL, Glimmer TP, Saltzman LE, Zink TM (1999): Intimate partner violence against women: do victims cost health plans more? Journal of Family Practice, 48: 439–443.

World Health Organization (2002): World report on violence and health. Geneva: Switzerland.

World Health Organization (1997): Violence against women: A priority health issue, (http://www.who.int/gender/violence/prioreng/en/index.html).

4.2. Evaluarea si interventia in criza determinata de abuzul fata de batran

Cuprins:

1. Importanta problemei:

Traim intr-o societate in care batranii sunt tinta abuzului si discriminarii!

Pare o afirmatie grava dar exista o multime de argumente care o sustin. In primul rand batranii au devenit un segment numeric din ce in ce mai important din populatie, sunt din ce in ce mai vizibi social, iar prin procesul democratic al votului ei isi sustin din ce in ce mai bine propria agenda in detrimentul celorlalte segmente populationale, fondurile de pensii greveaza mult bugetul national si au devenit din ce in ce mai mult tinta unor speculatii sau malversatiuni economice nationale si internationale; transferul proprietatiilor de o generatie la alta se face mai tarziu spre nemultumirea generatiei urmatoare care preia mult mai tarziu valorile si rolurile pe care se considera indreptatita sa le mosteneasca, structurile de suport si ingrijire a sanatatii si bunastarii populatiei varstnice sunt constisitoare si deturneaza resurse de la alte programe sociale, batranii pastreaza locurile de munca mai mult timp si ies la pensie mai tarziu, iar eliberarea locurilor de munca pentru generaiile urmatoare intarzie, etc.

Ca rezultat al progresului medicinei si a scaderii natalitatii, la care se adauga, in multe cazuri, cresterea bunastatii generale, s-a marit considerabil durata medie de viata si din ce in ce mai multi oameni traiesc peste varsta de 65 ani. Aceasta crestere reprezinta o povara din ce in ce mai grea, atat la nivelul familiei cat si a societatii ca intreg. Nevoia de ingrijiri specifice si de institutii dedicate batranilor greveaza bugetul comunitatilor si a natiunilor din ce in ce mai mult. La fel, vizibilitatea sociala in crestere a populatie varstnice a condus la modificari ale atitudinii publicului larg cat si a profesionistilor implicate, care se intinde de la rejectie si ignorare pana la asumare si implicare.

In 2009, ONU publica un raport tehnic asupra trendului cresterii populatiei varstnice si a impactului asupra societatii (United Nation, World Population Ageing, 2009). Principalele constatari ale acestui raport sunt prezentate in Tabelul Nr. 1.

1. Imbatranirea populatiei este un proces fara precedent in istoria umanitatii. Cresterea numarului de batrani de peste 60 ani se acompaniaza de scaderea numarului de tineri de sub 15 ani. La nivel mondial se preconizeaza ca in anul 2045 numarul batranilor va depasi numarul tinerilor.
2. Imbatranirea populatiei este un proces general care afecteaza toate tarile de pe glob. Proportia crescuta a populatiei batrane se datoreaza reducerii fertilitatii si scaderii consecutive a tinerilor, cuplata cu cresterea duratei de viata a oamenilor. Acest fenomen a condus la o presiune asupra echitatii si solidaritatii intra- si intergenerationale care fundamenteaza societatea umana.
3. Imbatranirea populatiei este un proces in dezvoltare. Astfel, daca proportia batranilor crestea de la 8% in 1950 la 11% in 2009, se estimeaza ca aceasta proportie sa atinga 22% in 2050.
4. Atata timp cat mortalitatea continua sa descreasca si fertilitate ramane scazuta, proportia oamenilor batrani va continua sa creasca.
5. Imbatranirea populatiei are consecinte majore asupra tuturor fatetelor vietii umane: crestere economica, investitii, formarea capitalului si a economiilor, consum, piata muncii, taxe, pensionare si fonduri de pensii, transferul intergenerational al proprietatii si a valorilor.
6. In sfera sociala consecintele prognozate sunt legate de modificarea compozitiei familiei si a aranjamentelor locative, cererea de locuinte, migrarea populatiei, modificarea structurii morbiditatii si mortalitatii si a nevoii de servicii de ingrijire a sanatatii
7. In mod global, populatia batranilor de peste 60 ani creste cu o rata de 2,6% pe an, mult mai rapid decat populatia ca intreg, care are o rata de doar 1,2% pe an. In 2000 populatia de peste 60 ani numara 600 milioane, triplu fata de 1950, in 2009 numara 700 milioane, iar in 2050 va fi de 2 miliarde, daca rata actuala se pastreaza.
8. Chiar in interiorul acestui segment de varstnici populatia imbatraneste si proportia celor de peste 80 ani este mereu in crestere. Rata de crestere a celor de peste 80 ani este de 4,0% pe an.
9. Din cauza ca femeile traiesc mai mult, ele constituit majoritatea persoanelor in varsta
10. Persoanele in varsta au probabilitatea foarte mare sa experimenteze izolare sociala si deprivare economica si se asista la cresterea nevoii de suport specific pentru batrani.
11. Femeile in varsta prezinta o probabilitate mai mare sa traiesca singure; se estimeaxa cu 19% din femeile batrane traiesc singure, fata de doar 9% din barbatii batrani.
Nota: Varsta medie a populatiei in Romania este in crestere ca expresie a imbatranirii populatiei si aceasta este de 38,1 ani, iar Romania se clasifica pe locul 26 in lume: cea mai varsnica populatie este cea a Japoniei cu 44,4 ani, urmata de cea a Germaniei cu 43.9 ani si cea mai tanara este a Nigerului cu 15,0 ani varsta medie.

Tabelul Nr. 1: Fenomenul imbatranirii populatiei si consecintele prognozate ale acestuia (United Nation, World Population Ageing, 2009)

Proportia de oameni batrani din totalul populatiei este mai mare in tarile dezvoltate, dar tendinta de crestere a oamenilor varstnici este prezenta in toate tarile. Populatia varstnica din Germania, Franta sau Suedia este asteptata sa creasca de la 30% in 1990 la 60% in 2020.
Un milion de oameni implinesc 60 ani in fiecare luna si 80% dintre acestia sunt in tarile in curs de dezvoltare. Este de asteptat ca populatia varstnica din Tailanda, Kenia si Columbia sa creasca cu 300% iar in Indonezia cu 400%. In anul 2020, in tari precum Cuba, Argentina, Tailanda sau Sri Lanka proportia batranilor din totalul populatiei va fi mai mare decat in SUA

(UN, World Population Ageing, 2009). Aceasta tendinta demografica implica mari provocari pentru toate guvernele si o schimbare de politica care sa se adreseze specific varstnicilor este tot mai asteptata.

Organizatia Mondiala a Sanatatii estimeaza ca 4-6% din persoanele in varsta din totalul populatiei globului sufera diferite tipuri de abuz. Alarmata de magnitudinea mondiala a acestei probleme, Organizatia Natiunilor Unite, prin vocea Secretarului General, Dl. Ban Ki-moon, a proclamat ca in fiecare an ziua de 15 Iunie sa fie celebrata ca Zi Mondiala a constientizarii abuzului fata de batrani si a afirmat ca respectul fata de batrani trebuie sa fie parte integranta a societatii ca expresie a recunoasterii drepturilor umane ale persoanelor in varsta. Secretarul general spunea cu aceasta ocazie: "*Chem guvernele si toti actorii implicati sa construiasca si sa puna in opera strategii efective de preventie si politici si legi ferme care sa se adreseze tuturor aspectelor abuzului fata de batrani*" (press release on UN Secretary-General's Message for 2012 about the World Elder Abuse Awareness Day: June 15th). Anul 2002 a marcat un punct de cotitura in felul cum societatea trebuie sa priveasca si sa raspunda la fenomenul cresterii populatiei varstnice, an in care Adunarea Generala a ONU de la Madrid asupa imbatranirii populatiei a formulat si promovat documente si asertiuni exemplare. Ulterior, Organizatia Natiunilor Unite a formulat Planul de actiune si Declaratia politica prin care s-au formulat principiile si prioritatile de actiune precum asigurarea unei ambiante sociale adecvate batranilor si a unor ingrijiri specifice de sanatate (United Nation - Report on the Fortieth Session of the Commission on Population and Development, 2007).

Prejudiciu si discriminarea fata de batrani poate lua multe forme in functie de contextual social si cultural. Cele mai comune forme de discriminare fata de batrani se intalnesc la locul de munca, in cautarea unui loc de munca, in viata domestica si in serviciile de ingrijire a sanatatii si cele de protectie sociala. In toate aceste locuri batranii sufera diferite grade de segregare si excludere ca expresie a atitudinii generale a societatii. Buttler (1999) inventeaza termenul de "ageism" pentru a descrie procesul sistematic de discriminare si prejudiciu adus batranilor. Pentru Levy si Banaji (2002) termenul de "ageism" defineste "*o alterare in sentimentele, credintele sau comportamentele de raspuns fata de un individ sau grup in functie de varsta*". Aceasta atitudine este generata de coexistenta stereotipurilor sociale negative cu cele positive precum perceptia batranilor ca persoane uituce, rigide intelectual, cu o competenta si productivitate scazuta si cu conditie fizica in declin la care se adauga cele

pozitive ca de exemplu viziunea ca batranii sunt persoane care au tezaurizat intelepciune, au experienta si sunt persoane calde si miloase (Cuddy si colab. 2005). Coexistenta acestor doua tipuri de viziuni contradictorii explica modelul dual al stigmei si prejudiciului la care sunt expusi batranii intr-un spatiu cultural dat (Pryor si colab. 2004). Dupa acest model, atitudinea individuala fata de batrani este dictata de interactiunea dintre raspunsul reflex, imediat, la perceperea unei persoane in varsta si raspunsul deliberativ ce incorporeaza regulile de baza dupa care sunt luati in considerare batranii. Astfel, reactia reflexa imediata poate fi rejectia sau desconsiderarea care ulterior este modulata de regulile de baza dupa care batranii trebuie tolerati pentru ca sunt parintii si bunicii nostrii. Ageismul este expresia inclinarii acestei balante de partea reactiei reflexe imediate care tinde sa inhibe influenta raspunsului deliberativ. Reactia imediata este data de stereotipul dupa care categorisim oamenii pe care-i intalnim in functie de gen, rasa si varsta si despre ceea ce ei ne amintesc, batranii aducandu-ne aminte in mod reflex despre autoritate, reguli, limite, constrangeri si punitie.

La nivel social, atitudinea fata de batrani este generata de tendinta social-culturala actuala de a face separatia dintre tineri si batrani, dintre ceea ce e nou si ceea ce e vechi, de incurajarea de retele sociale separate pentru tineri si batrani, de promovarea de expresii culturale si expresii institutionale diferite in functie de varsta, de catalogarea capacitatilor si potentialitatilor in functie de varsta (Hagestad si Uhlenberg, 2005; Bytheway, 2005). Aceasta diferentiere se reflecta foarte bine in discursul public despre batrani, discurs care utilizeaza in cazul baranilor narative supra-indulgente ori narative folosite in cazul copiilor. In felul acesta batranii sunt fixati intr-o zona aparte a societatii ceea ce permanentizeaza stigmatizarea, segregarea, prejudiciu si in final abuzul (Bugental si Hehman, 2007).

S-au identificat mai multe feluri de raspuns al batranilor fata de atitudinea indivizilor si societatii (Palmore, 2003):

i) acceptarea: batranii care accepta imaginea negativa sociala si actioneaza conform ei, se poarta ca niste batrani chiar daca aceasta este contrara personalitatii lor;

ii) negarea: comportament care incearca sa “cosmetizeze” imaginea batranetii precum efectuarea de operatii plastice, transplant de par, utilizarea de produse antibatranete;

iii) evitarea: care presupune izolarea auto-impusa a batranului pentru e evita stigma sociala;

iv) reforma: care implica efortul batranilor de a schimba atitudinea si stereotipul dupa care sunt priviti.

Din nefericire, societatea in care traim este infiltrata de “ageism” si stereotipurile culturale, cultura pop si media reitereaza orientarea societatii catre tineri si indirect marginalizeaza batranii, acestea reflectandu-se in discursul social la diferite nivele, uneori imbibat cu un grad de ipocrizie (Sijuwade, 2009). Nelson (2005) inventariaza si alte fatete ale ageismului care se manifesta in viata de zi cu zi: (i) limbajul condescendent care se utilizeaza cand se comunica cu batranii, (ii) adoptarea unei atitudini pseudopozitive, inautentice (“*cine nu are batrani sa-i cumpere*”) care presupune autonomia batranilor doar de fatada, dar conduce in fapt la “infantilizarea” lor, la transformarea lor in persoane pasive si dependente de altii, (iii) atitudinea profesionistilor din serviciile de ingrijire medicala si sociala care continua sa priveasca batranetea mai mult ca un deficit decat ca o conditie normala la care trebuie sa se acomodeze toate lumea in termini de semnificatie si functionalitate. In felul acesta se intelege usor cum stereotipizarea ageismului in atitudinea si narativul comun au deschis usa segregarii, prejudiciului si abuzului fata de batrani.

2. Istoricul problemei:

Violenta interpersonala este o problema care se pierde in negura istoriei dar varianta ei, violenta in functie de varsta a inceput sa fie perceputa ca atare in secolul trecut. Pentru prima oara abuzul fata de batrani a fost descris intr-o publicatie stiintifica de Baker (1975) si Burston (1977) in Anglia. Pana sa ajunga aceasta problema pe masa oamenilor politici sau a legislatorilor au mai trecut 20 ani. Abuzul fata de batrani a devenit o problema sociala pe masura ce miscarea feminista a pus accentul pe violenta domestica iar miscarea drepturilor omului a creat cadrul juridic pentru a apara victimele si a urmari faptuitorii. In pas cu aceasta evolutie s-a modificat si discursul public si cel profesional. Limbajul medical a inceput sa captureze problematica omului batran, sa inventeze conceptul de batran neglijat si sa identifice consecintele violentei asupra oamenilor in varsta. Totul a culminat cu Adunarea Generala a ONU de la Madrid asupa imbatranirii populatiei (2002) care a reprezentat prima tentativa a guvernelor de a forma o voce comuna pentru a identifica adevarata problematica a batranilor si a defini programele specifice de raspuns la imbatranirea populatiei.

De-a lungul ultimelor decenii ale secolului XX felul cum batranii au fost luati in considerare a urmat evolutia conceptiilor rolului statului in protectia persoanelor vulnerabile si a fluctuat de la ideia ca statul este responsabil de bunastarea lor pana la ideea ca aceastia

trebuie incurajati sa fie independenti si autonomi in alegerile de viata iar locul cel mai potrivit pentru protectia lor este familia. In acest din urma caz, principala valoare promovata de societate in cazul batranilor a fost auto-determinarea, respectiv faptul ca nu este de asteptat ca cineva din afara sa intervina in viata lor personala (Turner, 1995). Aceasta viziune a creat bariere subiective in accesul la serviciile de protectie, batranii incercand sa implineasca asteptari de care in multe cazuri nu erau capabili sa le implineasca. Astfel au aparut cohorte de batrani care traiau in saracie si care experimentau rusinea, frica si refuzul de a solicita ajutor. Alte generatii de batrani au trait intr-o viziune sociala dominata de paternalism in care statul isi aroga rolul de protectie si suplinire a nevoilor celor neputinciosi. Aceasta a legat batranii de servicii si institutii de protectie si familia apartinatoare s-a simtit degrevata de responsabilitatea traditionala de a-si ingriji membrii de familie in varsta. In acest context, de relatie dezechilibrata intre cei ce dau si cei ce primesc, s-a creat si premiza abuzului si neglijarii fata de membrii vulnerabili ai societatii. Evolutia societatii post-moderne si auto-determinarea fiecarei generatii in parte au condus la diminuarea timpului petrecut de o generatie cu cealalta baza reducerii timpului de co-existenta intergenerationala. Aceasta se traduce prin faptul ca copii sunt incurajati sa paraseasca parintii cat mai repede, iar parintii la randul lor imping batranii spre o existenta autonoma si fiecare generatie doreste sa ramana in contextul ei relativ si sa impartaseasca cat mai putin cu alta de teama contaminarii, confruntarii sau competitiei valorice (Abrams si colab. 2006).

Analize mai atente la situatia batranilor in societate au inceput sa fie facute in anii ’60, analize care au sugerat o atitudine mai favorabila fata de acestia. Cu toate acestea, inca se refuza sa se perceapa rolul pozitiv al batranilor in societate pentru ei insisi si pentru altii si se incuraja pensionarea timpurie sau anticipata. Tendinta acelor ani a fost incadrarea batranilor in “modelul deficit” prin care se considera batranetea ca un fenomen care produce deteriorarea capacitatii si functionarii organismului ceea a ce a condus la patologizarea si medicalizarea batranetii. Batranii erau vazuti mai mult ca recipieni decat producatori de servicii si bunuri, ei erau “populatia pasiva” iar ceilalti erau “populatia activa” iar dependenta lor de servicii si institutii era descria in termeni de povara. Populatia era convinsa ca batranii doreau pensii cat mai mari si erau lacomi in a lua o felie cat mai mare din fondurile de asigurari de sanatate si securitate sociala (Harbison si Morrow, 1998). Se poate spune ca in ultimul deceniu al secolului XX atitudinea negativa asupra batranilor s-a institutionalizat si a contribuit la

promovarea imaginii publice a batranului ca o persoana fragila mental si fizic, neproductiva si reprezentand o povara pentru ceilalti; in multe privinte batranii devenisera “oaia neagra” sau “tapul ispasitor” pentru multe din problemele cu care oamenii se confruntau. Batranii erau demotivati in a-si construi o imagine pozitiva si a lupta pentru drepturile lor din cauza conceptiei dominante precum ca astfel ei ar deturna resursele atat de necesare pentru protectia copiilor (Chawla, 1991; Townson, 1996). Se crease astfel premizele pentru ca batranii sa-si nege ei insisi nevoile si drepturile si aceasta a continuat foarte multi timp ca o strategie incurajata de creatorii de politici sociale (Higgs, 1995). Mai mult, batranii incercau sa ignore sau sa nege segregarea si abuzurile la care erau supusi intr-o incercare de a-si mentine o identitate sociala pozitiva intr-o societate mereu mai ageista (Bytheway, 1995).

O alta tendinta a secolului XX a fost categorisirea conform varstei. Daca in sec. XIX celebrarea zilei de nastere era aleatorie in sec. XX ea a devenit regula in familie. Ea a inceput prin marcarea evenimentului nasterii copilului ca un eveniment care consolida relatia dintre parinti si copii si era marcata de cadouri si ceremonii speciale. Aceste ceremonii au devenit rutina familiei si s-au transformat in marcarea inexorabila a trecerii timpului si categorisirea membrilor familiei conform varstei in batran, tanar, matur si initierea unei dinamici mai subtile in interiorul familiei care presupunea o succesiune in functie de trecerea timpului (Bytheway, 2005).

Inceputul secolului XXI a adus schimbari importante in felul cum batranii au inceput sa fie priviti de societate si organismele internationale. Anul 2002 si conferinta UN de la Madrid consacrata batranetii este punctul de cotitura. Batranii si problemele lor au inceput sa fie vizibile si acestea nu au mai intrat in conflict cu alte prioritati sociale. A fi batran astazi incepe sa fie considerat ca o virtute iar abuzul si prejudicial fata de acestia a inceput sa fie criminalizat. Toate acestea se reflecta in filozofia si activitatea lucratorului din criza care are in fata lui un batran indiferent de “crizele” care-l vor aduce in acest program.

3. Definitia abuzului fata de batrani:

Definitia abuzului fata de batrani a fost foarte importanta de la inceputul dezbaterii publice si academice asupra acestui fenomen si de ea a depins in ultima instanta identificarea si raspunsul fata de acest abuz.

Neglijarea si abuzul fata de batrani sunt fenomene care reflecta distinctia pe care o face la un moment dat societatea intre ceea ce e acceptabil si ceea ce nu e acceptabil in cazul relatiilor interpersonale cu batranii si reflecta valorile, normele, credintele si stereotipurile dintr-un spatiu cultural.

Dupa cum se poate usor anticipa, definitia abuzului fata de batrani a prezentat o variabilitate mare in timp si de-a lungul diferitelor culturi. La aceasta s-a adaugat faptul ca felul cum percep batranii si profesionistii abuzul este destul de diferit. Se poate intelege astfel de ce nu au existat conditiile minime necesare pentru a face comparatii intre studiile epidemiologice si pentru a dezvolta instrumente confidente de detectie a abuzului (Hudson si Carlson, 1998). Toate considerentele referitor la abuzul fata de batrani au ramas la nivel national si astfel astazi vorbim, de exemplu, de abuzul la batrani in Anglia, in Israel sau in Africa de Sud, fara a putea vorbi prea multe de abuzul la batrani ca fenomen global. Exista inca dificultati conceptuale si metodologice in unificarea definitiilor nationale intr-una unanim acceptata si aceste dificultati reflecta modul particular de a concepe adversitatile fata de batrani din fiecare cultura in parte (Kosberg si colab. 2003). Exemplar pentru aceasta situatie este studiul lui Kosberg si Garcia (1995) care fac o analiza a definitei abuzului la batrani in 10 tari diferite (Australia, Finlanda, Grecia, Hong Kong, Israel, India, Irlanda, Norvegia, Republica Sud-Africana si Polonia) si gasesc diferente notabile in formularea definitiei si in nivelul de interes fata de aceasta problema. Astfel, in Norvegia se include in definitie “dizarmonia familiala”, in Hong-Kong “indepartarea batranului” iar in India “lipsa de respect din partea nurorii”. O alta problema a fost evitarea “westernalizarii” definitiei abuzului la batrani. Tarile vestice, insumand aici tarile dezvoltate economic, impartasesc in mare aceasi viziune si raspuns fata de aceasta problema, pe cand tarile in curs de dezvoltare percep aceasta problema prin prisma traditiilor si stereotipurilor culturale.

In 1988 s-au intrunit experti din 25 state reprezentand 12 discipline, care au dezbatut taxonomia abuzului la batrani si definitiile teoretice posibile. Atunci s-a facut un pas inainte in unificarea definitiilor dar propunerea avansata atunci a reprezentat punctual de vedere al

profesionistilor dar nu a inglobat si perceptia publicului sau experienta subiectiva a celor care au fost victime. In Anexa Nr. 1 se prezinta definitia si taxonomia propusa de acest grup de experti (Hudson, 1991). Definitia abuzului fata de batran pe care Margaret Hudson a formulat-o cu acea ocazie a fost urmatoarea: "*Abuzul fata de batran reprezinta acel comportament daunator/agresiv/invaziv care este directionat catre un batran si care se petrece in contextual unei relatii care presupune incredere si care este suficient de frecvent si/sau intens ca sa produca efecte fizice, psihologice, sociale si/sau financiare sau suferinta, raniri, durere, pierderi si/sau violarea drepturilor umane si deteriorarea calitatii vietii batranului".*

Definitia cea mai utilizata este data de the International Network for the Prevention of Elder Abuse: "*Abuzul fata de batran este un act singular sau repetat sau lipsa unei actiuni adecvate, care se petrece in cadrul oricare relatii unde exista o premiza de incredere si grija, care cauzeaza daune sau distress unei persoane in varsta*" (World Health Organization, 2002). Organizatiei Mondiale a Sanatatii frazeaza usor diferit aceasta definitie intelegand prin abuzul fata de batran "*orice actiune intreprinsa de cineva dintr-o relatie de incredere care conduce la vatamarea sau distresul unei persoane in varsta*". Neglijarea batranului inseaman "*lipsa actiunii persoanei dintr-o relatie de incredere care duce la acelasi rezultat*" (World Health Organization, 2002). Aceasta definitie a fost preluata de toate organismele Natiunilor Unite.

Cele mai frecvente forme de abuz fata de batrani sunt abuzul fizic, abuzul psihologic si cel financiar. In mod obisnuit se petrec mai multe forme de abuz in acelasi timp. Abuzul poate fi un singur incident sau poate fi repetat. Definitia de mai sus se concentreaza pe actul de violare a increderii dintre faptuitor si victima intr-o relatie asumata si continua si exclude abuzurile petrecute intamplator precum furturi sau violente fizice. Abuzul poate afecta pe oricine, in orice familie sau relatie si se poate intampla oamenilor de orice conditie, religie, rasa, cultura sau origine etnica.

Componentele esentiale ale acestei definitii sunt: (i) victima este o persoana in varsta conform normelor sociale, de exemplu peste varsta de 65 ani; (ii) faptuitorul poate avea orice varsta; (iii) victima poate fi barbat sau femeie; (iv) relatia dintre faptuitor si victima este o relatie continua precum dintre soti, parteneri, copii adulti, alti membrii de familie, ingrijitori si presupune incredere si suport; (v) actul abuziv este actul intentional care creeaza vatamare/distress sau risc de vatamare/distress; (vi) actual abuziv poate fi si lipsa unei actiuni care poate conduce la vatamarea sau distresul batranului aflat in relatie cu faptuitorul; (vii)

abuzul se produce printr-o dinamica/tactica prin care faptuitorul incearca sa instaureze o relatie de intimidare, control si putere asupra victimei; (viii) se presupune ca victima este incapabila sa se protejeze singura din cauza fragilitatii si/sau dizabilitatii. In general, definitia abuzului fata de batrani porneste de la premiza ca batranul este o persoana vulnerabila datorita declinului cognitiv si fizic datorat varstei si astfel nu este pe deplin capabil sa se protejeze sau sa se ingrijeasca singur ceea ce-l face sa promoveze explicit sau implicit o relatie de ingrijire cu membrii de familie sau cu alti ingrijitori pe baza unor asteptari asumate, mutuale, formale sau informale, contractuale, in care increderea este elementul esential.

Alta definitie demna de mentionat aici este cea formulata de "Action on Elder Abuse", un ONG din Marea Britanie implicat in protectia oamenilor in varsta si care pune in centrul acesteia violarea si/sau exploatarea intr-o relatie de incredere: *"Un act singular sau repetat sau lipsa actiunii necesare, aparut in cadrul oricarei relatii bazate pe incredere care cauzeaza vatamare sau distress unei persoane batrane"* (Action on Elder Abuse, 2010). National Center on Elder Abuse – NCEA (SUA) defineste abuzul ca "*orice act constient, intentional sau neglijent al unui ingrijitor sau oricarei alte persoane care cauzeaza vatamare sau risc serios de vatamare sau distress la un adult vulnerabil*" (NCEA, 2010). Pentru American Medical Association definitia abuzului cuprinde si neglijarea si ea este formulata in felul urmator: "*Abuzul fata de batran inseamna un act sau o omisiune care conduce la vatamare sau amenintarea cu vatamare a sanatatii si bunastarii persoanei in varsta. Abuzul include producerea cu intentie de vatamari fizice si mentale, abuz sexual sau refuzul de a furniza alimente, haine sau ingrijire medicala conform nevoilor fizice si mentale ale batranului pe care-l are in grija, custodie sau responsabilitate"* (American Medical Association, 1987).

O definitie importanta este cea a lui Eastman (1983) care spune ca prin abuz impotriva batranilor se intelege: *"abuzul fizic, emotional si psihologic fata de un batran de catre un ingrijitor formal sau informal. Abuzul este repatat si violeaza persoana umana si drepturile civile ale persoanei sau persoanelor care sunt dependente de acest faptuitor*". Importanta acestei definiti este ca ea pune focusul pe drepturile civile ale batranilor si pe relatia de putere pe care o are cei ce ingrijesc batrani fata de cei pe care considera ca fiind dependenti de ingrijirea furnizata.

Definitiile abuzului fata de batran care se folosesc in justitie sunt grevate de ambiguitatea de a recunoaste, detecta si descrie actele de abuz. Ele sunt prevazute in legislatiile

nationale in functie de normale sociale, culturale si de drept din fiecare tara si ele cauta sa defineasca abuzul, natura si consecintele lui, faptuitorul si relatia cu victima, precum si actele abuzive si tipul lor. Exista totusi trei probleme comune pentru justitie: (i) a recunoaste daca persoana abuzata este vulnerabila si astfel daca implineste criteriul de a fi victima; (ii) care este definitia faptuitorului ("*o persoana in pozitie de incredere fata de victima*") si (iii) care este definita actului abuziv (daca actul poate fi considerat abuz si daca a fost facut cu intentia de a vatama).

Nu toate tratamentele rele la care ar fi supus batranul pot fi subsumate abuzului. Cel mai la indemana exemplu este cel al membrilor de familie confruntati cu dilema de a lasa batranul lor drag sa traiasca in continuare singur sau sa-l protejeze plasandu-l intr-o institutie pentru batrani. Aceasta decizie presupune de multe ori actiuni impotriva vointei batranului care poate protesta si considera ca este abuzat de membrii familiei lui.

In final trebuie remarcata stradania internationala de a conceptualiza cat mai acurat problematica abuzului la batran, de prea multe ori ascunsa sub alte probleme social-culturale care nu pun in pericol societatea si umanitatea cu pregnanta. A 2-a Adunare Mondiala asupra Batranetii (The Secong World Assembly on Ageing – WAA) de la Madrid din 2002 a adoptat in unanimitate o declaratie politica si a lansat un plan strategic international numit "*Missing Voice: Views of Older Person on Elder Abuse*" (Bennet si colab. 2002) care are ca obiective:

- asigurarea drepturilor persoanelor invarsta;
- protectia batranilor fata de "abuz, violenta si neglijare" in toate situatiile;
- recunoasterea "rolului si contributiei" batranilor in societate.

In anul 2004, ONG-ul international "International Network for the Prevention of Elder Abuse – INPEA" care s-a transformat apoi in "International Association of Gerontology and Geriatrics" si a dobandit statutul de organizatie non-guvernamentala de pe langa Natiunile Unite a postulat urmatoarele activitati cu caracter international:

- popularizarea abuzului si neglijarii batranilor in constiinta publica;
- promovarea educatiei si instruirii profesionistilor;
- angajarea in lupta impotriba abuzului si neglijarii batranilor;
- stimularea cercetarilor privind cauzele, consecintele, prevalenta, tratamentul si preventia abuzului si neglijarii batranilor;

si a lansat agenda ei de cercetare ce cuprinde "*WorldView Environmental Scan on Elder Abuse*", un mod de scanare a informatiilor mondiale, alaturi de resursele si serviciile disponibile despre abuzul la batrani (Podnieks si colab. 2010). Iata doar cateve din eforturile internationale care au avut ca scop conceptualizarea unui fenomen asa complex si oferirea profesionistilor implicati in identificarea si raspunsul fata de acest abuz a unui suport teoretic simplu si concret.

4. Felurile abuzului la batrani:

In mod obisnuit se recunosc sase tipuri de abuz fata de batran, abuzul fizic, sexual, financiar, psihologic, neglijarea si abandonul. Abuzul sexual si cel fizic merg de cele mai multe ori impreuna. In mod obisnuit aceste abuzuri sunt recunoascute de personalul medical sau de familie dupa semne exterioare corporale pentru ca batranii prezinta o serie de bariere psihologice in a destainui abuzul si faptuitorii. Neglijarea si mai ales abandonare batranului este o forma extrema de abuz si este la fel detectata de terti. Aceasta ultima forma de abuz nu trebuie confundata cu auto-neglijarea, situatie in care batranul renunta la ingijiririle fata de propria persoana. In contrast cu acestea, abuzul psihologic si cel financiar sunt forme mai insidioase si greu detectabile de catre altii. Acestea implica diferite forme de violare a increderii batranului, de la manipulare la intimidare si amenintare. In tabelul Nr. 2 se prezinta definitiile celor sase tipuri de abuz fata de batrani dupa Stein (1991), McCreadie (1996) si Anthony si colab. (2009).

La toate aceste forme uzuale de abuz, se mai pot adauga unele forme particulare: (i) abuzul medical, precum refuzul de a oferi si administra ingrijiri si proceduri medicale sau medicamente, (ii) abuzul legal precum violarea libertatii si /sau drepturilor umane, (iii) abuzul spiritual precum actele de ridiculizare si de negare a credintelor spirituale/religioase (iv) abuzul cultural precum refuzul de a facilita participarea persoanelor in varsta la activitati culturale si (v) abuzul sistemic precum abuzul care izvoraste din structura si conceptiile dominante din institutiile statale, precum cele din sistemul medical sau sistemul juridic.

Tipul de abuz	Definitia
Abandonarea	Abdicarea si dezertarea de la indatoririle si responsabilitatile asumate de a furniza ingrijire unui batran de catre o persoana adulta si cu discernamant;
Abuzul emotional si psihologic	Cauzarea de durere sufleteasca si distress prin acte verbale si non-verbale precum abuz verbal, insulte, amenintari, intimidari, umilinte, hartuire, izolare; folosirea amenintarii, umilintei, batjocori, injuraturilor sau altor comportamente verbale sau a altor forme de cruzime mentala ce conduc la distress fizic si mental; orice act care diminueaza sensul de identitate, demnitate si valoare personale a unui batran;
Exploatarea financiara/materiala	Folosirea ilegala, neautorizata sau improprie de fonduri, proprietati sau valori incluzand bani, cecuri, certificate de investitie, actiuni fara autorizare sau permisiune; falsificarea semnaturii, furtul de bani sau alte posesiuni, fortarea sau mintirea in vederea semnarii unui document; folosirea improprie a calitatii de tutore;
Neglijarea	Refuzul sau negarea ducerii la indeplinire, partiala sau totala, a obligatiilor sau sarcinilor fata de un batran incluzand furnizarea mancarii, apei, imbracamintii, locuintei, igienei personale, ingrijirii medicale si medicamentelor, comfortului si sigurantei personale; stoparea voluntara sau nevoluntara a obligatiilor si indatoririlor de ingrijire fata de batran;
Abuzul fizic	Folosirea fortei fizice conducand la vatamari corporale, durere fizica, raniri; folosirea inadecvata de medicamente sau de contentionari fizice, alimentatie fortata si pedepse fizice; orice folosire neaccidentala a fortei ce conduce la injurii corporale, durere sau afectari organice;
Abuzul sexual	Orice fel de contact sau expunere sexuala neconsensuala incluzand atingeri nedorite, agresiuni si violenta sexuala; implicare directa sau indirecta in activitati sexuale fara consimtamant;

Tabelul Nr. 2: Definitiile diferitelor tipuri de abuz fata de batrani (dupa Stein, 1991; McCreadie, 1996; Anthony si colab. 2009).

Referitor la neglijare, unii autori disting intre neglijarea activa si pasiva; neglijarea activa fiind refuzul sau oprirea indeplinirii obligatiilor de ingrijire, inclusiv incercarea constienta si intentionala de a provoca stress fizic si emotional batranului, iar neglijarea pasiva se refera la refuzul sau oprirea ingrijirii care emana dintr-o relatie interumana asumata dar care exlude incercarea constienta si intentionala de a provoca stress batranului (Loue, 2001).

In tabelul Nr. 3 este prezentat un inventar al actelor abusive fata de batrani, inventar care poate ajuta la recunoasterea si incadrarea lor in diferite clase de abuz.

5. Prevalenta abuzului la batrani:

Interesul societatii pentru evaluarea magnitudinii abuzului fata de batrani a urmat aceiasi panta lenta cu cea a aparitiei acestui fenomen in constiinta individuala. La aceasta se adauga faptul ca studiile epidemiologice au fost marcate de lipsa de unitate metodologica, de

deficiente de esantionare si de inconsistenta instrumentelor de masura. Abia in ultimele doua decenii se poate vorbi de studii cu metodologie adecvata care sa permita evaluarea acestui fenomen atat la scara globala cat si in comparartii intre natiuni. Astfel, McDonald (2011) inventariaza cateva studii pe esantioane nationale pentru a compara prevalenta abuzului in diferite culture si gaseste o variatie a prevalentei pe un an ce se intinde de la 2,6% in Marea Britanie, 5,6% in Olanda, 14% in India, 18,4% in Israel la 29,3% in Spania. Cooper si colab. (2008) fac o riguroasa trecere in revista a studiilor privind prevalenta abuzului fata de batrani in 322 de studii din care retin doar 80 dintre ele care raportau incidenta si prevalenta fenomenului cu o metodologie adecvata. Rezultatele acestui studiu sunt prezentate in Tabelul Nr. 4.

1. **Abuzul fizic** (folosirea fortei cauzand discomfort, injurie fizica, durere si/sau afectari somatice)	- speriere, amenintare cu recurgerea la forta
	- lovire
	- impingere
	- scuturare
	- palmuire
	- lovire cu piciorul
	- lovire cu un obiect
	- expunere deliberata la vreme nefavorabila
	- contentionare fizica sau cu ajutorul medicamentelor
	- provocarea de arsuri
	- prinderea/apucarea de maini
	- strangulare
2. Abuzul psihologic/emotional (poate lua forma agresiunii verbale, umilire, izolare, intimidare, amenintare si control conducand la diminuarea sau abolirea sensului identitatii, stimei de sine, valorii personale si provocand frica, anxietate si stress)	- insulte
	- amenintari
	- intimidari
	- umilinte
	- hartuire
	- santaj
	- tratamarea ca pe un copil sau ca pe o persoana deficienta intelectual
	- izolarea fata de familie, prieteni sau activitati uzuale
	- decaderea din procesul de luare a deciziilor
	- manipularea prin gradarea exprimarii afectiunii
	- refuzul de a vorbi in nume propriu
	- ruinarea stimei de sine
	- refuzul/nerespectarea spatiului privat
3. Abuzul financiar/material (folosirea incoreecta a fodurilor si proprietatilor batranului prin frauda, inselaciune, hotie sau forta)	- lipsa de onestitate in gestionarea banilor si posesiunilor
	- inselaciune, minciuna
	- furt de bani sau valori
	- inselaciune cu carti de credit
	- inselaciune cu cecuri si conturi de banca
	- falsificare de semnatura
	- falsificare testament si/sau alte documente
	- interferenta in deciziile financiare
	- solicitare de bani sub amenintarea fortei
	- presiuni pentru formarea de convingeri false privind banii

4. <u>Neglijarea</u> (intentionata sau neintentionata de a implini necesitatile de ingrijire si protectie)	- nu furnizeaza apa si alimente
	- nu furnizeaza locuinta
	- nu furnizeaza haine
	- nu furnizeaza medicamente si asistenta medicala
	- nu furnizeaza asistenta pentru nevoile de baza
	- nu furnizeaza siguranta, caldura si comfort
	- impiedeca contactele sociale
	- lipsa de ajutor in igiena personala
	- nu furnizeaza echuipamente de ajutor/prostetice (carucior cu rotile, proteze auditive, ochelari, baston, carje, etc)
	- nu furnizeaza supraveghere atunci cand este necesar
	- nepasare fata de riscuri si prevenirea lor
5. <u>Abuzul sexual</u> (toate formele nedorite de activitate, comportament si hartuire sexuala)	- comportament sexual sugestiv sau verbal
	- atingeri cu caracter sexual
	- lipsa de pudoare
	- constrangeri de a face acte degradante
	- contact sexual nedorit
	- ajutor nedorit/nesolicitat la imbracare sau igiena intima
	- expunerea sau utilizarea de materiale pornografice sau acte indecente
5. <u>Abandonarea</u>: Abdicarea/dezertarea de la obligatiile/responsabilitatile/morala de a furniza ingrijire sau protectie batranului fata de care avea aceasta obligatie (formala sau informala, legala sau nelegala)	

Tabelul Nr. 3: Inventar cu actele de abuz fata de batran in functie de tipologia lor

Prevalenta generala a abuzului gasita in 21 studii		- intre 3,2% si 27,5% (in 80 studii) - 6,3% din batrani raporteaza abuz semnificativ in ultima luna; - 5,6% din cupluri de batrani raporteaza violenta fizica intre ei in ultimul an;
Prevalenta pe esantioane nationale	Esantion din India (Chokkanathan S, Lee AEY, 2005)	- 10,8% abuz verbal; - 5% abuz financiar; - 4,3% abuz fizic; - 4,3% neglijare.
	Esantion din Anglia (Ogg J & Bennett G, 1992)	- 1,7% abuz fizic; - 1,5% abuz financiar; - 5.6% abuz verbal.
	Esantion din Canada (Podkieks E, 1992)	- 1,4% abuz verbal; - 0,4% neglijare de mai mult de 10 ori; - 0,5% abuz fizic; - 2,5% abuz financiar.
	Esantion din Germania (Wetzels P & Greve W, 1996)	- 3,4% abuz fizic; - 1,3% abuz financiar; - 2,7% neglijare; - 0,8% ≥10 abuz verbal; - 3,1% prevalenta generala a abuzului fata de batrani
	Esantion din Amsterdam - Olanda (Comijs HC at al. 1998)	- 3,2% abuz verbal; - 0,2% neglijare ≥10 ori; - 1,2% abuz fizic; - 1,4% abuz financiar.

Pentru populatia de batrani dependenti de altii (cu diferite dizabilitati)		- 1/4 din batranii dependenti raporteaza abuz psihologic semnificativ; - 1% reporteaza abuz fizic; - 1/5 se prezinta la serviciul de garda cu probleme de neglijare a ingrijirii; - 6% - 18% prezinta abuz financiar (studii nevalidate).
Abuzul comis de personal de ingrijire		- 16% din personalul de ingrijire din institutii de ingrijire pe termen lung a recunoscut ca a comis abuz psihologic fata de batranii pe care-i ingrijeau; - 10% din personalul de ingrijire a admis comiterea de acte de abuz fizic; - peste 80% din personalul din camine de batrani au afirmat ca au observat acte de abuz impotriva batranilor; - doar 2% din personalul de conducere au afirmat acelasi lucru.
Concluzie generala		- Mai mult de 6% din batranii din populatia generala, 1/4 din batranii vulnerabili si 1/3 din ingrijitori raporteaza abuz semnificativ dar numai o proportie mica din acesta este cunoascuta serviciilor de protectie a batranilor; - Unul din sase profesionisti de ingrijire a batranilor raporteaza comiterea de acte de abuz si doar 1/4 - 1/5 din ei spun ca au observat astfel de acte de abuzz; - Batranii vulnerabili raporteaza mai des abuzul facut impotriva lor decat ceilalti batrani.

Tabelul Nr. 4: Concluziile trecerii in revista a 80 studii internationale privind prevalenta abuzului la batrani (dupa Cooper si colab. 2008)

Pentru Canada, Institutul de Statistica si Institutul pentru Familie si Casatorie publica urmatoarele date referitor la abuzul fizic fata de batrani, valabile pentru anul 2005: (i) au fost 160 de incidente violente la 100.000 batrani, de 14 ori mai putin decat pentru gurpa de varsta 15-24 ani; (ii) 47 femei peste 65 ani la 100.000 au fost victima violentei membrilor de familie comparativ cu 36 barbati la aceiasi varsta; (iii) au fost 52 violente familiale la 100.000 la batranii intre 65-73; 34 la 100.000 la batranii intre 75-84 si 22 la 100.000 la cei peste 84 ani (Canadian Elder Abuse Statistics, 2009). Canadian Center for Justice Statistics (2000) gaseste ca 7% din batrani au experimentat o forma de abuz emotional, 1% abuz financiar si 1% abuz fizic si sexual in ultimii 5 ani.

In Israel, un studiu epidemiologic pe un esantion reprezentativ pentru populatia generala arata ca 18,4% din populatia batrana a fost expusa la cel putin un tip de abuz sau neglijare in ultimele 12 luni iar procentul cel mai mare este pentru abuz economic (6%) si verbal (4%) (National Survey on Elder Abuse and Neglect, 2004). In SUA, intre anii 2000 si 2005 au fost raportate 87.422 acte de abuz impotriva batranilor la institutiile abilitate pentru

colectarea de astfel de evenimente si apoi inaintate catre politie. Barbatii au fost implicati in 72% din evenimente, 36% au implicat relatii dintre batrani si cunoscuti si numai 24% relatii dintre parinti si copii, iar cele mai frecvente tipuri de abuz au fost intimidarea (33%) urmata de abuzuri fizice (14%) (Krienert si colab. 2009). Cripps (2000), citat de Kurrle si Naughtin (2008) gaseste pe un esantion din populatia urbana si rurala din Australia, intervievat la telefon, ca 2,7% din batranii peste 65 ani au trait un act de abuz, cel mai frecvent fiind cel psihologic, urmat de cel financiar. Din pacate nu am putut gasi studii si statistici confidente pentru Romania pentru a le adauga la acesta analiza.

6. Locurile unde se poate petrece abuzul:

Locurile unde se pot petrece abuzurile fata de batrani depind de situatia locativa si raporturile de ingrijire pe care batranii si familia lor le stabilesc si/sau comunitatea le ofera. In general batranii au trei obtiuni disponibile pentru a-si vedea implinite nevoile aduse de batranete:

(i) sa se ingrijeasca ei insisi;
(ii) sa primeasca ingrijiri de la familie, precum copii, cu sau fara ajutorul altora;
(iii) sa primeasca ingrijiri in institutii specifice precum camine de batrani sau institutii pentru ingrijiri pe termen lung.

Abuzul si neglijarea se poate petrece in oricare din aceste situatii, dar majoritatea cazurilor de abuz se petrec in familie, provocate de partener/sot sau de copii (Loue, 2001). Dupa O'Keefee si colab. (2007) 2,6% din batranii de peste 65 ani traind la domiciliul lor raporteaza ca au fost abuzati de un membru de familie, prieten apropiat sau de un ingrijitor in ultimul an. Mai mult de 90% din cazurile de abuz contra batranilor sunt produse de persoane cunoscute acestora si in mod covarsitor de rudele apropiate batranilor (Brandl si Horan, 2002).

Conform statisticii facuta de Action on Elder Abuse (2004), un ONG din Marea Britanie implicat in raspunsul fata de abuzul batranilor, 64% din batranii care suna la linia de criza solicitand suport pentru abuzurile la care au fost supusi sunt batrani care locuiesc in casa lor si doar 23% din cei care telefoneaza locuiesc in institutii de ingrijire pe termenul lung pentru batrani. O proportie mai mica au reclamat abuzuri la care au fost supusi in spitale (5%) sau in camine de batrani (4%). Aceasta situatie este explicabila prin faptul ca din ce in ce mai multi batrani traiesc la ei acasa, in familie sau singuri si doar o proportie mica sunt in institutii

specifice pentru batrani precum camine pentru batrani, camine pentru boli cronice, etc. Doar batranii la varste foarte inaintate sau cu dizabilitati sau tulburari de functionare care i-au facut sa-si piarda autonomia tind sa se duca in astfel de institutii. In functie de tipul de abuz, batranii care locuiesc inca in casa lor sau in camine de batrani raporteaza mai mult abuzuri psihologice, pe cand cei din spitale sau din camine pentru boli cronice raporteaza mai mult abuzuri fizice si neglijare. Relativ la faptuitori, cei mai multi au fost reprezentati de rudele batranilor si doar 26% au fost ingrijitori personali si 10% surori medicale.

Referitor la abuzul din familie, cel mai des acesta se peterece in relatiile dintre parintii batrani si copii adulti sau intre soti (Crichton si colab. 1999). In general aceasta situatie scapa de sub controlul agentiilor abilitate cu protectia batranilor din cauza reticentei batranilor de a raporta astfel de abuzuri. O alta caracteristica este ca abuzurile din familie sunt mai mult detectate si raportate de altii decat de membri familiei. Acestia din urma evita sa raporteze astfel de abuzuri din cauza repercursiunilor legale, de frica ca batranul sa nu fie mutat din casa, de jena de a fi cunoscut ca abuziv cu batranii din familie sau din lipsa unei demarcatii exacte dintre ceea ce inseamna abuz si ce nu in familie (Fitzpatrick si Hamill, 2011).

In schimb, abuzurile fata de batrani facute de ingrijitori personali acasa sau in institutii sunt mai usor identificabile si ele sunt astfel in focusul programelor de combatere si preventie. Cresterea dramatica a numarului de batrani si abordarea post-moderna a realitatii face ca sa regandim conceptele de solidaritate sociala, obligatie si mutualitate dintre generatii. Conceptele de echitate generationala sau justitie intergenerationala s-au schimbat de-a lungul ultimelor decenii si contactul dintre generatii nu mai este asa de neted (Lowenstein, 2009). Tinerii se simt complesiti, stresati si uneori chiar degrevati de grija fata de antecesori si se asista din ce in ce mai frecvent la externalizarea ingrijirilor batranilor. Din ce in ce mai multi batrani traiesc singuri si sunt ingrijiti de ingrijitori profesionisti acasa la ei sau apeleaza la ingrijiri rezidentiale specifice. Aceasta face ca si locul si fapturitorii abuzului sa se mute de la familie la altii, din afara ei. Astfel, abuzul in institutiile pentru ingrijirea batranilor ("nursing homes") este un lucru comun si o problema majora in Statele Unite si Avocatul Poporului a investigat in anul 2003 peste 20.000 de plangeri fata de astfel de abuzuri. In statul Georgia (SUA) 38% din rezidentii ai astfel de institutii raporteaza abuzuri comise impotriva lor si 45% din ei spun ca au fost tinta unor tratamente "dure" (O'Brien, 2010).

McDonald (2011) trece in revista prevalenta si structura abuzurilor in institutii de batrani pe mai multe esantioane nationale precum Germania, Finlanda, Norvegia, Suedia, Statele Unite. Autoare constata ca este foarte greu sa faci o astfel de comparatie cand esantioanele, locurile de recrutare a respondantilor, varsta, modul de culegere a informatiei si tipul de institutie este diferit de la un studiu la altul. Ceea ce a fost remarcabil in toate studiile a fost capacitatea personalului de ingrijire de a auto-raporta abuzurile pe care le-au facut fata de batranii in grija. Cel mai frecvent abuz recunoascut de personalul de ingrijire din institutii a fost abuzul psihologic, apoi cel fizic urmat de neglijare. Interesant este ca membri de familie a batranilor internati raporteaza un procent mai mic de abuzuri decat cele recunoasucte de personal. Alt lucru demn de subliniat este ca batranii din institutiile de ingrijire pe termen lung care au experimentat un tip de abuz raporteaza in peste jumatate din cazuri si alt tip de abuz faptuit de personalul de ingrijire, ceea ce subliniaza vulnerabilitatea acestora in fata ingrijitorilor. Batranii cu forme de dementa, cu dizbilitati mentale sau fizice severe sunt tinta acestor multiple forme de abuz (Post si colab. 2010). Cu toate acestea, Marshall si colab (2000) sustin ca abuzul fata de batrani este cu mult mai sever si mai frecvent in comunitate decat in institutii, numai ca deficiente metodologice si de raportare fac ca acesta sa nu poate fi evidentiat cifric.

7. Factorii de risc ai abuzului fata de batrani

Comentatori ai post-modernismului Giddens (1999) si Beck (1999) spuneau ca una din trasaturile caracteristici ale timpului nostru este cresterea reala si subiectiva a riscului din societate. Acest risc a devenit principiul organizator fundamental al comportamentului social actual si vocabularul, care altadata era destinat riscului financiar sau al conflictelor geopolitice, a intrat in limbajul comun pentru a descrie riscul vietii noastre de toate zilele, preocupare cu ceea ce este incert, frica de deznodamant, obsesia de a controla si securiza aspecte comune de viata care alta data era luate ca atare (“taken for granted”). Aceasta s-a reflectat si asupra relatiei interpersonale care a inceput sa fie privita ca o relatie riscanta atat in familie cat si in afara ei. Relatiile care odata erau organizate pe baze reflexive si conduceau la auto-actualizare astazi sunt instabile, incerte, frustrante, riscante si chiar daunatoare. Aceasta se traduce prin nevoia de a negocia, defini si justifica relatiile dintre membri familiei in mod constant cu scopul de a mentine impreuna pe membri sai. Beck si Beck-Gersheim (2002) a conceptualizat

familia de astazi ca "*familie post-familiala*" ca o institutie care nu mai este structurata in jurul normelor obligatorii, ci din contra, a devenit o "asociatie electiva" de persoane care stau impreuna pentru a atinge niste scopuri comune. Familia a devenit un loc al relatiilor democratice si egalitariene cu pretul cresterii incertitudinii, instabilitatii, dinamismului ce a dus la amplificarea de riscuri mai vechi sau mai noi si a facut necesara reconcilierea permanenta a nevoii de individualizare, a tendintelor centrifuge, a conflictelor intergenerationale si a nevoii de ingrijire a copiilor si batranilor. Unul din aceste riscuri este statutul batranilor in familie si problema abuzului fata de ei.

7.1. Cine este victima abuzului?

De la inceput trebuie spus ca victima abuzului poate fi oricine de peste 65 ani aflat in orice fel de relatie cu ceilalti si traind in familia proprie, in alta familie, singur sau intr-un alt tip de rezidenta. Nu exista ceva sau cineva care poate sa-l poata proteja pe un batran de un abuz. Acest tip de abuz se petrece cu batranii indiferent de sex, nivel intelectual sau apartenenta etnica, religioasa, socio-economica sau culturala. Daca un batran va trece prin viata fara sa fi fost tinta vreunui act de abuz inseamna ca a fost norocos!

Noua din zece canadieni (90,5%) au achiesat la urmatoarea asertiune: "*Cresterea constiintei publice referitor la drepturile batranilor de a trai in siguranta si demnitate este cea mai importanta problema a guvernantilor"* (ancheta efectuata de Environics pe un esantion de 3.001 canadieni incluzand 718 batrani peste 65 ani, condus in lunile Mai – Iunie 2008). O explicatie evolutionista a intrebarii de ce sunt batranii subiect de abuz a fost data de Kurzban and Leary (2001) care spunea ca originea abuzului sta in stigmatizarea batranilor pe baza unei balante cost/beneficiu care sta la baza selectiei trasaturilor adaptative pozitive. Asfel, exista in familie ca si in societate un fel de ambivalenta intre dorinta de a furniza ajutor batranilor alaturi de tendinta instinctiva de a-i stigmatiza si indeparta.

Important pentru profesionistul din programul de programul de criza este sa nu se intrebe de ce batranii sunt abuzati in general ci cine este baranul din fata sa si cum sa-l ajute mai bine. Ajutandu-l pe acesta vor fi ajutati si ceilalti batrani. De la inceput este important sa se deceleze factorii de risc care au contribuit la abuzul pentru care batranul este in programul de criza. Pentru Bonnie si Wallace (2003) factori de risc sunt "*acele experiente, comportamente si*

aspecte ale stilului de viata sau ambiantei sau caracteristici personale care cresc sansele ca un batran sa fie tinta unui abuz". Decelarea factorilor de risc este importanta pentru ca de ei poate depinde deznodamantul pe termen lung al abuzului, respectiv permanentizarea sau stoparea lui.

Majoritatea celor care raporteza ca au fost victima abuzului sunt femei (O'Keeffe si colab. 2007). Faptul ca femeile sufera mai multe abuzuri decat barbatii reflecta realitatea ca femeile traiesc mai mult decat barbatii si din cauza aceasta vor trai mai mult timp singure si in nevoie de a fi ingrijite in aceasta perioada, pe cand barbatii traiesc mai putin si raman pana la moarte impreuna cu partenera/sotia lor (McCreadie, 1996). Barbatii sunt mai reticenti decat femeile in a dezvalui abuzul la care au fost supusi, dar de fapt se crede ca ei sunt mult mai des subiectul abuzului (Pritchard, 2001). Dupa o statistica facuta conform apelurilor telefonice la linia de criza reclamand abuz si suport, grupa de varsta 65-69 ani prezinta abuz in proportie de 17.7%, cea cuprinsa intre 70-79 a raportat abuz in 22,9% din cazuri, iar grupa de varsta 80-89 pare cea mai vulnerabila cu o proportie de 39,2% (Action on Elder Abuse, 2004).

Studii intreprinse in Marea Britanie au aratat ca cei mai constanti factori de risc pentru abuz sunt statutul marital, depresia, calitatea vietii, folosirea medicatiei si sexul feminin (McDonald, 2011). Alt factor important de risc este capabilitatea fizica si psihologica a batranului. Batranii cu deficiente fizice, mobilitate redusa, dificultati in auto-ingrijire sunt cei mai predispusi la abuzuri (O'Kueeffe, 2007). La fel, batranii cu probleme psihologice ca cei cu probleme de memorie, anxietate, tulburari de somn sau mai ales cei cu dementa reprezinta o alta categorie de persoane vulnerabile. Mai exista si factori de risc ce par similari cu cei din alte forme de violenta familiala, precum proasta calitate a relatiilor, preexistenta unei model de violenta in familie, dependenta de faptuitor, consumul de alcool si droguri, izolarea sociala. In Tabelul Nr. 5 sunt inventariati cativa din factorii care fac batranul mult mai vulnerabil la abuz (Anthony si colab. 2009).

Domeniul	Factorii de risc
Caracteristici individuale	- Varsta avansata (peste 75 ani)
	- Sexul feminine
	- Statutul marital
	- Abilitati inadecvate de a comunica
Sanatate fizica si mentala	- Diminuarea capacitatii mentale (de ex. boala Alzheimer si alte forme de dementa)
	- Tulburari mentale, in special depresia
	- Folosirea medicatiei
	- Afectare cognitiva sau functionala, deficit intelectual
	- Boli cronice
	- Impulsivitate si trasaturi agresive
	- Dificultati in activitatea zilnica/domestica ce limiteaza independenta persoanei
	- Nevoi sporite sau speciale de ingrijire
Factori sociali/relationali	- Izolare sociala
	- Dependenta de ingrijitor
	- Convietuire cu ingrijitori potential abuzivi sau exploatativi
	- Lipsa de relatii familiale stranse
	- Lipsa de suport in comunitate sau acces la resurse
Factori economici	- Situatie locativa inadecvata sau nesiguranta privind locuinta
	- Evidenta de exploatare financiara

Tabelul Nr. 5: Factorii de risc care contribuie la probabilitatea ca un batran sa fie abuzat (modificat dupa Anthony si colab. 2009).

7.2. Cine sunt faptuitorii:

Cine abuzeaza batranii? Ei sunt abuzati de persoane pe care le cunosc si in care au avut incredere fie ca sunt membrii de familie, prieteni, cunoscuti sau persoane de ingrijire medicala sau generala. In multe situatii abuzivul este dependent de batran in baza unui intelegeri sau contract, pe baza unor beneficii banesti, alimentatie sau locuinta. Astfel, cercetatori au pus accentual pe relatiile care exista intre persoana abuziva si batran, pe durata relatiei de ingrijire care exista intre ei si pe caracteristicile individuale ale faptuitorului/abuzivului. Conform definitiei utilizate in SUA un ingrijitor este "*o persoana sau o institutie care si-a asumat responsabilitatea de a furniza ingrijire pentru mentinerea sanatatii mentale si fizice a batranului. Aceasta responsabilitate poate fi asumata voluntar, prin contract, prin platirea ingrijiri, ca rezultat al relatiei de familie sau prin ordin judecatoresc*" (Loue, 2001).

Erlingsson si colab. (2003) gasesc 263 de factori de risc pentru abuzul fata de batrani apartinand persoanei abusive dar valoarea multora dintre acestia este incerta. Totusi exista factori de risc care au fost validati de numeroase studii si printre acestia cei mai des incriminati sunt: (i) domiciliu comun intre victima si faptuitor; (ii) izolare sociala si retea sociala de suport defectoasa; (iii) prezenta tulburarilor psihice, in special depresia; (iv) trasaturi de ostilitate; (v)

folosirea de alcool si (vi) dependenta abuzivului de batranul abuzat (McDonald, 2011). O alta caracteristica gasita constant este aceea ca de cele mai multe ori batranul este abuzat de partenerul sau si mai rar de copii sau de alti membrii de familie (Pillemer si Suitor, 1992), dar nu toata lumea este de accord cu aceasta constatare. Barbatii sunt cel mai bine reprezentati in mai toate formele de abuz impotriva batranilor (O'Keefe si colab. 2007). Barbatii ca ingrijitori sunt cel mai frecvent implicati in abandon (83%), abuz fizic (63%), abuz emotional (60%) si exploatare financiara (59%) (National Center on Elder Abuse, 1998). In acelasi timp s-a cauta sa se gaseasca o corelatie dintre diferitele tipuri de abuz si caracteristicile faptuitorului. Astfel s-a gasit ca abuzul psihologic si cel fizic este facut mai frecvent de indivizii cu probleme psihopatologice si/sau dependenti financiar de victima (Wolf si Pillemer, 1989). Comparativ cu alte locuri de abuz, cel mai des abuzul se petrece in familie de catre membrii familiei batranului, iar datele din literature sunt conflictuale privind locul pe care-l detine partenerul sau copii victimei in rolul de abuzivi. In statistica facuta de Action on Elder Abuse (2004) copii sunt pe primul loc cu 50% abuzuri, fata de parteneri (sot/sotie, concubin/concubina) cu 23%. Oricum membrii de familie detin o pondere de 87% din abuzuri, fata de doar 26% abuzuri comise de alti ingrijitorii care vin sa-l ingrijeasca la el acasa (Action on Elder Abuse, 2004).

Ramsey-Klawsnik (2000) face o tipologie a abuzivului conform datelor obtinute in expertizarea cazurilor forensice si delimiteaza cinci clase de faptuitori:

(i) abuzivul suprasolicitat care este de obicei bine intentionat, bine echipat pentru a fi ingrijitor, dar ajunge sa fie abuziv din cauza suprasolicitatii la care este supus de batran;
(ii) abuzivul cu probleme, care este si el bine intentionat, dar care prezinta anumite afectiuni fizice sau mentale care-l fac sa nu fie calificat pentru rolul de ingrijitor;
(iii) abuzivul narcisiac care devine ingrijitor anticipand beneficiul de pe urma relatiei cu batranul si care este preocupat de satisfacerea nevoilor proprii in detrimentul celor ale ingrijitului;
(iv) abuzivul dominator cu trasaturi de personalitate de a blama si ataca pe altii si care tinde sa externalizeze problemele si responsabilitatile;
(v) abuzivul sadic este cel cu trasaturi antisociale care isi ia sentimentul de putere din umilirea si chinuirea celorlalti.

In tabelul Nr. 6 se prezinta o lisata sintetica a factorilor de risc care apartin faptuitorului

Domeniu	Factori de risc
Caracteristici individuale	- Varsta mai tanara decat cea a victimei
	- Sexul masculin
	- Membru de familie (sot/sotie, concubina/concubin, fiu/fica)
	- Incapacitate de a intelege si percepe nevoile batranului
	- Deficit intelectual
Probleme de sanatate fizica/psihica	- Consum de alcool si/sau droguri
	- Probleme psihiatrice netratate, in special depresia
	- Istorie de violenta sau comportament antisocial
	- Prost control al impulsurilor
	- Tulburari de personalitate
Factori sociali/relationali	- Stress familial
	- Stress legat de activitatea pe care o face, epuizare
	- Locuieste cu victima sub acelasi acoperis
	- Dependenta de victima cu privire la locuinta, transport sau bani
	- Stress sever lagat de boli, pierderea locului de munca, etc.
Factori economici	- Probleme financiare

Tabelul Nr. 6: Lisa cu factorii de risc apartinand faptuitorului (modificat dupa Anthony si colab. 2009).

7.3. Factorii de risc ai abuzului in institutiile de batrani:

Printre cei care pot abuza un batran este si institutia de ingrijire a batranului care, in acest context, are acelasi statut ca si ingrijitorul individual in ceea ce priveste increderea cu care este investita, responsabilitatea si incadrarea in definitia abuzului, cu deosebirea ca aici variabilele luate in calcul sunt cele ambientale, de management si de profesionalism ale personalului institutiei ca intreg si nu numai un ingrijitor anume. Un numar de variabile ambientale ale institutiilor de ingrijire a batranului au fost luate in considerare ca si factori de risc pentru abuz si neglijare a batranului. Dupa Loue (2001) aceste variabile care pot conduce la abuz sunt:

(i) standardizarea procedurilor conform unei persoane tip ce face greoaie personalizarea ingrijirii dupa necesitatile fiecarui resident;

(ii) tendinta de a trata batranii din institutie ca o populatie omogena, ceea ce duce la imposibilitatea de a identifica particularitatile fiecarui caz in parte;

(iii) formularea de standarde de ingrijire rigide care ignora satisfactia subiectului fata de ingrijirea acordata;

(iv) "cultura a institutiei" care prevaleaza asupra intereselor subiectului;

(v) tipizarea canalelor de comunicare care bareaza comunicarea informala cu subiectul;
(vi) predominenta abordarii custodiale al ingrijirii si transformarea subiectul intr-un receptacol pasiva ingrijirii;
(vii) izolarea institutiei de comunitatea in care este plasata.

Alti factori de risc sunt dati de faptul ca acest tip de institutii functioneaza pe baze financiare si relatia cu batranul este construita in jurul capacitatii acestuia de a plati ingrijirile oferite.Pe de alta parte, personalul din aceste institutii nu este remunerat corespunzator ceea ce conduce la lipsa cronica de personal inalt calificat. La toate acestea se mai adauga lipsa de instruire si supervizare a personalului, lipsa de proceduri adecvate care sa evite contentia batranilor agitati, tendinta personalului de a cauta revansa fata de batranii agitati sau turbulenti, lipsa unui cod de conduita care sa evite abuzul si a unui cod etic care sa duca la respectarea teritoriilor si limitelor dintre ingrijitori si ingrijiti (McDonald, 2011). In ciuda imaginii populare ca abuzul in aceste institutii este dat de suprasolicitarea si epuizarea personalului de ingrijire, studii riguroase nu au constatat nici o corelatie intre nivelul abuzului si aglomerarea sarcinilor de serviciu a personalului (Wolf, 2000). Nu trebuie ignorata nici tendinta de impiedicare permanenta a batranilor de a raporta abuzul atat in interiorul institutiei cat si in afara ei si de a-i considera pe cei care isi cauta drepturile ca persoane turbulente si belicoase in contextual deteriorarii cognitive si a ideatiei paranoide datorate varstei inaintate.

Cel mai ades abuzul fata de batrani se petrece in institutiile de ingrijiri pe termen lung, cu 53% din cazuri, fata de spitale, cu 13% sau adaposturi pentru batrani cu 5%. Dintre profesiile cel mai des implicate sunt: ingirijitorii directi, cu 49%, surorile cu 11%, asitenti sociali, cu 5%, doctori de spital, cu 3%, si medici de medicina generala, cu 3% (Action on Elder Abuse, 2004).

Studii calitative recente au adaugat si factori protectivi in ecuatia abuzului incluzand aici factorii de personalitate, familia suportiva si legaturile sociale (Brozowski si Hall, 2003). Acesti factori protectivi actioneaza prin contrabalansarea greutatii factorilor de risc sau chiar prin alterarea prezentei acestora si astfel descreasc probabilitatea ca un abuz sa se petreaca (Bonnie si Wallace, 2003).

In incheierea acestei sectiuni consacrate abuzului fata de batrani tin sa amintesc ca exista critici care spun ca studiile din acest domeniu s-au canalizat asupra problemei definitiei, a considerentelor metodologice si au ignorat realitatea dura a vietii batranilor (Erlingson,

2007). Vocea acestora s-a auzit foarte putin prin aceste studii si e rolul profesionistilor sa se faca porta-voce pentru a arata cum batranii se constituie intr-un grup social oprimat prin includerea lor intr-un sistem de dominare si subordonare unde indivizii sunt categorisiti in functie de variabile lipsite de etica. Oprimarea sociala a batranilor promoveaza o balanta de putere in defavoarea lor si permanentizeaza abuzul. Astfel, Walsh si colab (2009) conduc un "focus group" cu scopul de a analiza modurile prin care societatea priveste batranii si identifica cateva din temele oprimarii acestora: (i) ageismul, batranii fiind tratati "*ca un copil*", ca un "*incompetent*", ca "*ceva de aruncat la gunoi*" "*o tinta usoara*" sau "*mai putin uman*"; (ii) sexismul, ceea e explica de ce femeile batrane sunt mai frecvent abuzate, ele fiind privite ca "*sex slab*" sau "*fara aparare*"; (iii) dizabilitatea, batranii fiind priviti ca lipsiti de aparare din cauza slabiciunii fizice si mentale; (iv) clasism, batranii fiind asociati cu saracia, lipsa de mijloace, limitarea autonomiei, ceea ce in face "*saraci si abuzati*". Participantii la acest "Focus grup" au furnizat nenumarate modalitati prin care forme variate de opresiune sunt intretesute unele cu altele la nivel micro- si macro-social si tendinta lor de a se perpetua in narativele comune ale culturii actuale.

8. Dinamica abuzului

De ce se intampla ca batranii sa fie abuzati?

In general abuzul impotriva batranilor se petrece dupa o dinamica similara cu cea din alte forme de abuz precum cel impotriva femeilor: dorinta abuzivului de control si putere asupra celui abuzat, intr-un context social sau domestic in care se simte indreptatit sau care-i poate justifica actiunea. Abuzivul foloseste diferite tactici pentru a castiga si mentine controlul asupra victimei, care pot merge de la stabilirea anumitor reguli pana la anumite aranjamente domestice, precum de la stabilirea orarului meselor pana la orarul privitului la TV, de la ce se cumpara, cu cine se sta de vorba, la ce ora se culca pana la utilizarea banilor si bunurilor. Exista o sumedenie de tehnici de manipulare si control al batranilor si National Clearinghouse on Abuse in Later Life, proiect de cercetare apartinand de Wisconsin Coalition Against Domestic Violence (2006) a creeat o diagrama care ilustreaza intr-o singura figura cele mai frecvent utilizate metode de stabilire si mentinere a controlului si puterii intr-o relatie abuziva cu un batran, diagrama care se numeste "Roata abuzului la batrani" si care este prezentata in

Fig. Nr.1. In Anexa Nr. 2 este prezentata o lista de tactici folosite de abuziv in relatie cu un batran. Sunt cazuri cand faptuitorul se antreneaza in abuzul fata de batran din cauza ca el insusi prezinta conditii fizice sau mentale care-l fac sa se manifeste provocator, manios, agresiv sau fara suficient control ale impulsurilor. Alte situatii care conduc faptuitorul spre abuz sunt: stressul si epuizarea in procesul de ingrijire a batranilor cu dizabilitati, dependenta financiara si/sau locativa de cel pe care-l ingrijeste, consumul de alcool, deficiente intelectualte si de functionare.

Ingrijitorul batranului a fost decenii considerat initiatorul si promotorul abuzului, cauza primara a abuzului, dar dinamica abuzului nu trebuie privita doar dintr-o singura directie ci in relatiile formale si informale dintre faptuitor si victima, in subtila negociere dintre obligatii si beneficii si in contextul in care se deruleaza abuzul (Anetzberger, 2000). La acestea se mai pot adauga, atunci cand e cazul, relatiile preexistente intre acestia, inainte ca unul din ei sa devinda ingrijitorul si celalat receptorul acesteia (Nolan, 1993).

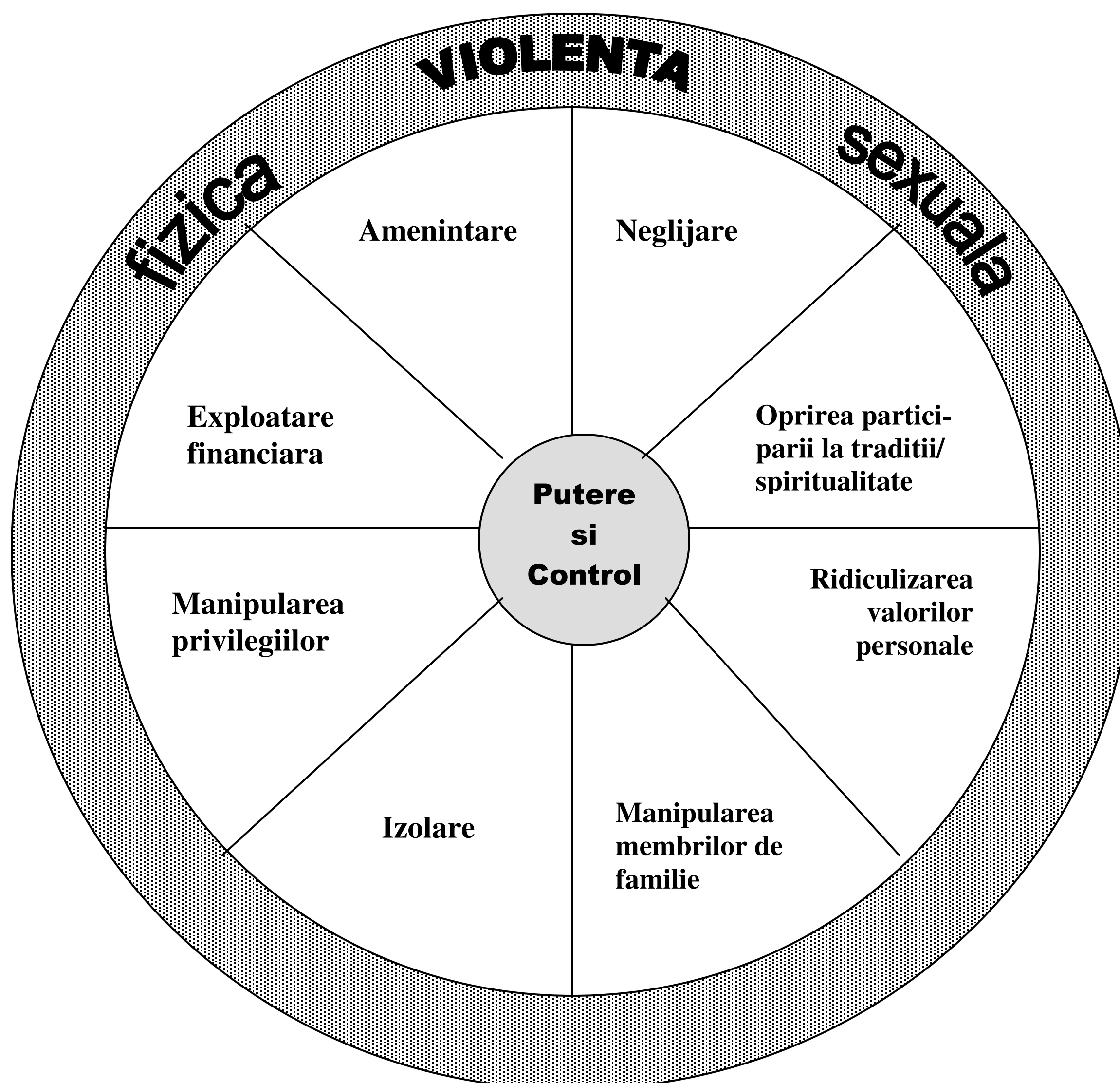


Fig. Nr. 1: Roata puterii si controlului in relatia abuziva cu un batran (National Clearinghouse on Abuse in Later Life, 2006)

Conrad si colab. (2011) merg mai departe si incearca sa stabileasca modelul dupa care se desfasoara abuzul si construiesc un “*conceptual mapping*” al abuzului psihologic in care incearca sa distinga dinamica ascunsa a abuzului si astfel reusesc sa puna in lumina cateva din vehiculele abuzului precum:

(i) amenintarea si intimidarea care se pot intinde de la tratarea batranului cu raceala si tacere pana la amenintari verbale;

(ii) lipsa de respect si consideratie pe un continuum intre ingorare pana la dispretul fata de sentimentele si plangerile batranului;
(iii) blamarea si generarea rusinii prin ridiculizarea si criticarea cererilor de ingrijire;
(iv) cultivarea suspiciunii si neincrederii in altii cu scopul de domina batranul prin izolarea de altii si exagerarea riscurilor la care este expus.

In explicarea etiologiei abuzului impotriva batranilor au fost lansate de-alungul timpului o serie de teorii si fiecare a contribuit la elucidarea unor aspecte dar au dus si la faramitarea conceptului ceea ce a facut-o pe Goergia Anetzberger, reputata cercetatoare in domeniu sa spunca ca: "*Noi am largit asa de mult conceptual de abuz fata de batrani, pe care in mod clar nici o teorie nu-l poate cuprinde, incat nu mai vedem problema ca un intreg. Cel mai bun lucru care-l putem face este sa punem deoparte ceea ce cunoastem ca sa-l putem aborda ca intreg*". (interviu telefonic luat de Burnight si Mosqueda, 2011).

Mai jos se prezinta unele din teoriile etiologice ale abuzului conform analizei literaturii facute de Burnight si Mosqueda (2011) si de Loue (2001), iar in Fig. 2 se prezinta o diagrama care vrea sa uneasca intr-o singura figura diferitele modele etiologice.

1. *Teoria stresului ingrijitorului* spune ca abuzul se petrece atunci cand un membru de familie care ingrijeste un batran care este dependent de ingrijirile oferite nu mai este capabil sa le implineasca pentru ca este supraincarcat sau depasit de acestea (Wolf, 2000). Studii empirice nu au putut devedi aceasta relatie si criticii acesteia au spus ca de fapt aceasta teorie cauta sa blameze victimele si sa legitimizeze abuzul.

2. *Teoria invatarii sociale* postuleaza ca copii care au crescut intr-o atmosfera de violenta vor abuza la randul lor parintii, bunicii sau alti batrani pe care se presupune ca-i vor ingrijii mai tarziu. Conform acestei teorii, altii au invatat abuzul in contact cu o alta autoritate punitiva. Wolf si Pillemer (1989) nu au reusit sa confirme aceasta teorie.

3. *Teoria reciprocitatii schimbului social* explica interactiunea dintre abuziv si abuzat ca un proces negociat de schimburi de bunuri materiale si nemateriale in care puterea este sinonima cu dependenta unei persoane fata de alta. Se presupune ca aici interactiunea sociala consta de fapt intr-un schimb de premii (de ex. sentimente positive, servicii, resurse personale) si punitii (de ex. sentimente negative, retinerea resurselor, rejectie, abuz) si indivizii din relatie vor cauta sa maximizeze premiile si sa minimizeze punitiile. Cand unul din ei monopolizeaza "premiile" el vede putine motive pentru ca sa se opreasca, in ciuda acumularii punitiilor la

celalat pentru ca priveste balanta aceasta in termeni de cost/beneficiu. Aceasta teorie este validata de constatarile ca batranul este dependent de ingrijitor si ii ofera premiere in ciuda pierderilor si abuzurilor personale.

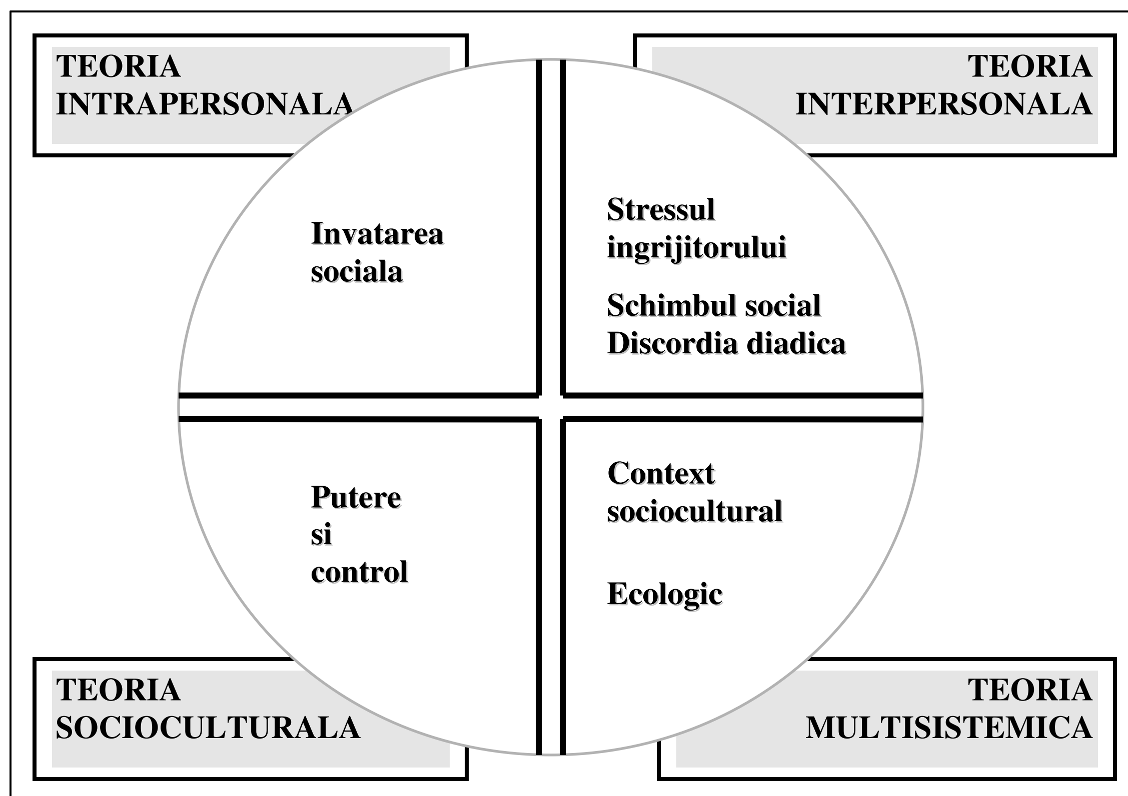


Fig. Nr. 2: Abordarile teoretice ale etiologiei abuzului la batrani (dupa Burnight si Mosqueda, 2011)

4. *Teoria discordiei diadice* afirma ca conflictul este nucleul violentei familiale (Riggs si O'Leary, 1996) si ca presupunerea ca abuzul batranului este totdeauna unidirectionala, de la faptuitor la victima, este o suprasimplificare a fenomenului, care prezinta de multe ori elemente de discordie bidirectionala intre acestia.

5. *Teoria controlului si puterii* scoate in evidenta tacticile coercitive folosite de abuziv pentru a castiga si mentine controlul si puterea in relatia cu abuzatul. Aceasta teorie izvoraste la randul ei din teoriile violentei fata de femei si ageism, ceea ce explica de ce abuzivul crede ca este indreptatit sa detina puterea intr-o relatie cu cineva mai slab sau mai batran. Teoria aceasta prezinta faptul ca violenta impotriva batranului nu este datorata dependentei lui de

ingrijitor ci de distorsiunea cognitiva al faptuitorului.Aceasta teorie captureaza realitatea dinamicii dintre abuziv si abuzat, dar exista si tipuri de abuz care raspund mai bine la alte teorii explicative.

6. *Teoria ecologica* surprinde un numar de cauze ale abuzului la batrani apartinand (i) macro-sistemului, precum inegalitatea bazata pe varsta si sex, normele de agresivitate din societate, (ii) exo-sistemului, precum ambianta economica, integrarea in comunitate, (iii) micro-sistemului precum caracteristicile individuale si familiale si (iv) ontogenetice precum variabilele fiziologice, afective si comportamentale. Interactiunea particulara dintre aceste variabile formeaza contextual ecologic in care se incurajeaza si desfasoara abuzul impotriva batranilor.

7. *Teoria contextului socio-cultural* subliniaza rolul factorilor individuali precum caracteristici demografice, sanatate fizica si mentala, personalitate, atritudini si modul cum acestea sunt modelate de contextual social si de traditiile culturale. Pe canavaua socio-culturala aceste variabile individuale stabilesc dinamica inegalitatii dintre ingrijitor si ingrijit si predipozitia la abuz. .

8. M*odelul situational* in care caracteristicile batranului si cele ale ingrijitorului interactioneaza cu cele structurale, ale fiecarei situatii in parte.

9. *Modelul simbolic interactionist* care subliniaza continua negociere si renegociere a obligatiilor si benficiilor, proces care este modulat de caracteristicile cognitive si afective ale protagonistilor si care in final defineste congruenta dintre rolurile simbolice pe care cei doi le joaca si caracteristicile individuale (Loue, 2001).

Anetzberger (1997) vorbeste de intelesul pe care abuzul il pentru abuzat si ofera un cadru conceptual pentru intelegerea efectelor abuzului asupra batranului. Ea sugereaza ca intelesul abuzului este influentat de fundalul cultural si experienta individuala a victimei, iar acest inteles este modulat de natura abuzului (tip, severitate, durata), de relatia cu faptuitorul si de circumstantele personale precum prezenta dizabilitatilor sau de marimea retelei de suport proximale. Ea spunea: "*Fiecare abuz are propria origine si dinamica. Fiecare afecteaza victima in mod distinct, reflectand unicitatea individului, personalitatea si circumstantele. Totusi exista unele lucruri comune impartasite de toate victimele…acestea sunt evidente in consecintele si efectele abuzului asupra batranilor…in raspunsul victimelor la abuz si neglijare*".

9. Indicatorii abuzului – semnele de alarma:

Abuzul si neglijarea batranului sunt greu de detectat. Faptuitorul adesea minte, maipuleaza sau blameaza pe altii. Adesea acesta incearca sa-i manipuleze si sa-i seduca pe profesionisti pentru a nu fi tras la raspundere. Din cauza ca faptuitorul isi poate pierde libertatea, reputatia, resursele financiare, locuinta si accesul la victima daca este descoperit, nu de putine ori batranul abuzat incearca sa-l salveze, ezita sa divulge abuzul, il minimalizeaza sau il neaga cu totul. Despre reticenta batranului de a divulga abuzul se va vorbi in sectiunea care urmeaza.

Lucratorul din serviciul de criza trebuie sa fie atent la semnele care conduc la suspiciunea de abuz atunci cand un batran se prezinta pentru alte plangeri:

(i) frica, anxietatea, depresia, pasivitatea in relatiile cu membrii de familie sau ingrijitor care l-au adus;
(ii) inexplicabile semne de traumatisme fizice;
(iii) deshidratare, proasta nutritie, igiena defectuoasa;
(iv) folosirea improprie a medicamentelor;
(v) confuzie privind documente legale, testament, rate la banca;
(vi) reducerea abrupta a capacitatii de plata;
(vii) evitarea de a vorbi despre situatia in care se afla.

In tabelul Nr. 7 se prezinta cativa din indicatorii care pot conduce la suspiciunea prezentei abuzului fata de batran (Brandl si colab. 2006).

Cautarea si identificarea acestor semne de alarma este de foarte mare importanta pentru a nu lasa batranul sa ramana in continuare in contact cu faptuitorul, stiut fiind ca fiecare esec in identificarea abuzului duce la consolidarea relatiei de control si putere prin care abuzivul isi intimideaza si domina victima. Pentru decelarea indicatorilor abuzului la batrani Reis si Nahmiash (1998) au dezvoltat un instrument specific denumit Scala indiciilor abuzului (*Indicators of Abuse Scree* - IOA) care consta in 27 itemi indicand caracteristici mentale si psihosociale ale batranului si ale ingrijitorului, care coreleaza cu suspiciunea abuzului. Instrumentul reuseste sa aibe o buna senzitivitate, deosebind pe cei care sunt abuzati de cei ce nu sunt abuzati. Ca un minus al acestui instrument este faptul ca itemii nu sunt prevazuti cu definitii operationale, iar cotarea acestora se face de clinician dupa efectuarea unui interviu

complet cu batranul si cu ingrijitorul sau (vezi Anexa Nr. 3). Mult mai usor si sigur de utilizat este chestionarul dezvoltat de Cohen si colab. (2006) care este un instrument semistandardizat pentru decelarea indicatorilor abuzului, instrument utilzabil in diferite contexte clinice si fara sa presupuna un interviu elaborat pentru completarea lui. Instrumentul "*Screening Tool for Identifying Elderly People at Risk of Abuse by Their Caregivers*" este prezentat in Anexa Nr. 4. Aceste doua instrumente sunt de fapt scale de screening, insa ele ajuta la descoperirea indicatorilor abuzului inainte sa existe semne directe ale actelor de abuz propriu-zise.

Ce poate prezenta victima	**Ce poate prezenta abuzivul**
- Are traumatisme care nu sunt corespunzator explicate privind modul in care le-a dobandit; - Are traumatisme repetate; - Apare izolat;	- Minimalizeaza sau neaga traumatismele sau plangerile batranului
	- Incearca sa convinga pe altii ca victima este dementa sau are tulburari mentale
	- Blameaza victima spunand ca este neglijenta, neindemanatica si dificila
	- Ameninta cu violenta impotriva victimei, familiei, prietenilor sau clinicianului
	- Izoleaza victima, bareaza contactele cu altii
	- Ameninta sau hartuieste victima
	- Urmareste victima
- Prezinta sugestii precum ca ii este frica; - Comunica codificat despre ceea ce s-a intamplat;	- Este foarte atent ce face si spune victima
	- Actioneaza exagerat de grijuliu fata de victima in prezenta altora
- Ideatie sau tentative de suicide; - Istorie de consum de alcool si droguri; - Prezentare ca "pacient dificil';	- Ideatie sau tentative de suicid
	- Istorie de consum de alcool si droguri
	- Refuza sa permite intervievarea batranului
	- Vorbeste in numele victimei
- Prezinta plangeri, simptome nespecifice si cornice; - Dependent emotional si/sau financiar de abuziv; - Nu apare cand e programat la vizite medicale sau de altfel; - Intarzie in cautarea ajutorului medical necesar;	- Spune ca victima este dementa, incapabila, bolnava psihic
	- Este dependent emotional si/sau financiar de victima
	- Anuleaza programari facute de victima la medic si refuza sa furnizeze transport
	- Duce victima la alti doctori, spitale pentru a ascunde abuzul
	- Refuza sa cumpere medicamente si alte materiale medicale sau echipamente de ajutor
- Prezinta depresie medie sau severa;	- Indreapta familia impotriva victimei
	- Vorbeste despre victima ca si cum nu ar fi acolo
- Prezinta semne de stress si trauma;	- Toate sau unele de mai sus

Tabelul Nr. 7: Indicatorii abuzului fata de batrani (Brandl si colab. 2006)

10. Consecintele abuzului:

Consecintele abuzului pe termen scurt sunt cele care au rezultat direct din actele abuzive ale faptuitorului. Consecintele pe termen lung sunt semnificative. Astfel s-a constatat ca rata mortalitatii la batranii mult timp abuzati este semnificativ mai crescuta decat la ceilalti batrani (Lachs si colab. 1998).

Efectele abuzului la batrani se releva in patru dimensiuni: fizic, comportamental, psihologic si social (Anetzbereger, 1997; Wolf, 1997):

- consecinte fizice: traumatisme, dureri, tulburari de somn, probleme alimentare, cefalee; traumatismele fizice (echimoze, rani, traumatisme craniene, fracturi) au reprezentat mai mult de 50% din toate consecintele gasite la batrani abuzati examinati in serviciul de urgenta; la acestia s-au mai intalnit si situatii de malnutritie si deshidratare;
- consecintele comportamentale cuprind sentiment de lipsa de ajutor, manie, reducerea capacitatii de coping si gesture suicidare;
- consecintele sociale: dependenta de altii, retragere sociala, reducerea contactelor cu altii;
- consecinte psihologice: frica, anxietate, negarea, depresia; depresia este pe departe cea mai evidenta consecinta a abuzului si este datorata deznadejdiei, insingurarii, deziluziei, neajutorarii si pierderea stimei de sine; aceasta depresia este cea care genereaza ideatie suicidara, tentative de suicid si suicid.

Ideatia suicidara trebuie atent identificata si evaluata de catre lucratorul din programul de criza pentru ca ea poate intefera cu deznodamantul interventiei pe termen mediu si lung.

11. De ce este batranul reticent sa divulge abuzul?

Raspunsul batranului la abuz depinde de perceptia abuzului si de intelesul pe care-l da abuzului si poate merge de la negarea lui pana la parasirea relatiei cu abuzivul si divulgarea abuzului la autoritati. Se pune intrebarea de ce in unele situatii batranul este asa de reticent in a vorbi de abuzul pe care-l sufera? Exista mai multe motive pentru a explica aceasta atitudine (Brandl, 2004):

- unii batrani se simt rusinati sau jenati de ce li se intampla de la cineva in care au avut incredere;

- -frica ca blamul va cadea asupra familiei lui;
- credinta ca oricum nu va putea sa scape de persoana abuziva;
- frica de razbunare si pedeapsa sau frica de a trebui sa paraseasca caminul/locuinta;
- loialitatea fata de familia lor in care a avut loc abuzul;
- frica de a ramane singur si neajutorat;
- relatie emotionala/privilegiata cu abuzivul;
- sentiment de lipsa de speranta si fatalism;
- stima de sine scazuta, credinta ca merita abuzul la care este supus;
- nu este constient de resursele de ajutor din comunitatea in care traieste;
- deficiente cognitive severe, cu incapacitate de a verbaliza coerent abuzul;
- diferente culturale sau bariere in comunicare;

Bachman si Saltzman (1995) au aratat ca probabilitatea si severitatea abuzului creste dupa ce batranii au reclamat abuzul la care au fost supusi sau au cautat ajutor, situatie in care a crescut si riscul la omucidere. Din toate aceste considerente de mai sus se intelege ca profesionistul din programul de criza trebuie sa-si aminteasca ca screeningul si intrebarile despre abuz sunt o interventie sensibila care nu trebuie neglijata, iar victimele trebuie incurajate sa declare abuzul prin asigurarea lor ca nu vor ramane singure si fara sprijin adecvat.

Mai este si problema data de felul cum experienta pe care batranul a avut-o cu ingrijitorul (membru de familie sau ingrijitor strain de familie) influenteaza perceperea abuzului. Unele studii pe tema aceasta au aratat ca cu cat contactul cu ingrijitorul are o istorie mai indelungata cu atat perceptia ingrijitorului este pozitiva si pragul dincolo de care se percepe abuzul este mai sus (Fitzpatrick si Hamill, 2011). Abuzul in cazul ingrijitorilor profesionisti este vazut de batrani ca o problema de caracter, iar abuzul facut de membrii de familie ca o aberatie si tradare.

Timpul de contact intre ingrijitor si batran este un alt factor important, ingrijirea de lunga durata fiind pasibila de abuzuri mai frecvent decat cea de scurta durata. O alta constatare a fost relatia dintre calitatea relatiei de ingrijire si profesionalismul ingrijitorului si probabilitatea raportarii abuzului in sensul ca batranul ezita sa raporteze acte de abuz daca calitatea generala a ingrijirii este buna si educatia profesionala a ingrijitorului este inalta. Astfel abuzul facut de medici este mai usor de trecut cu vederea decat abuzul facut de personal auziliar sau de ingrijitorii personali carora mai greu li se trece cu vederea actele de abuz.

Dar nu numai batranul are probleme in a percepe abuzul ci si ingrijitorii. Multi dintre acestia comit acte de abuz fara sa-si dea seaman ce au facut si cat de daunatoare pentru batran sunt aceste acte. Acest lucru tine de capacitatea ingrijitorului de a identifica si percepe nevoile de ingrijire si a le formaliza in termeni de deficit, functionare si suport. Intr-un studiu care a comparat capacitatea diferitelor profesii de a decela si raporta abuzul (Rosenblatt si colab. 1996) medicii au fost cei care au decelat si raportat cel mai putine abuzuri respectiv 2% din cazuri, pe care doar le-au denumit, pe cand asistentii sociali si surorile, cu 25%, respectiv 26% cazuri decelate si raportate, au si descrie felul si modalitatea abuzului. Oricum, trebuie de mentionat ca profesionistii sunt mai predispusi sa divulge abuzurile pe care le comit fata de batrani decat batranii insisi (Dyer si Rowe, 1999).

12. Pasul Nr. 1: Contactul cu batranul abuzat:

Trebuie subliniat de la inceput ca primul contact cu batranul reprezinta si primul pas al interventiei in criza si de el depinde in mare masura desfasurarea celorlalti pasi precum evaluarea, interventia, planul de siguranta, indrumarea la alte servicii si contactele de urmarire.

In ciuda reticentelor de a dezvalui si raporta abuzul, nu de putine ori batranul abuzat este vazut in programul de criza. El se adreseaza sau este adus la programul de criza din cauza abuzului si consecintelor lui sau pentru alte situatii in care abuzul se constituie un factor important daca care este ascuns cu grija. Acestea sunt motivele pentru care lucratorul din criza are obligatia sa introduca in evaluarea oricarui batran un screening simplu pentru decelarea abuzurilor care se ascund sub masca altor crize. Exista mai multe cai prin care un abuz fata de batran poate fi descoperit. In primul rand batranul insusi poate divulga acest abuz in mod direct sau intr-un limbaj mai mult sau mai putin codificat. In al doilea rand acest abuz poate fi facut public de o a treia parte, respectiv de un vecin, membru de familie sau cunoscut. Nu in ultimul rand abuzul poate fi descoperit prin insasi efectele evidente ale lui, precum echimoze, rani, dureri inexplicabile, comportament evaziv, reticent, plangeri somatice si psihologice neobisnuite si schimbatoare.

Un batran cu probleme de abuz poate veni in contact cu programul de interventie in criza in mai multe situatii:

(i) se prezinta singur;

(ii) este adus de un membru de familie;

(iii) este adus de cunoscuti;

(iv) este adus de un asistent social, sora medicala, ingrijitor personal;

(v) este adus de Politie;

(vi) lucratorul din criza se deplaseaza la domiciliul batranului in conditiile unei interventii cu echipa mobila de criza;

(vii) lucratorul de criza este invitat de Politie sa se alatura unei echipe de interventie care se deplaseaza la un batran ce solicita ajutorul pentru abuz;

(viii) lucratorul vede batranul in Serviciul de urgenta unde este chemat de personalul din acest serviciu pentru evaluare si interventie;

(ix) lucratorul de criza ia contact cu batranul abuzat in cadrul colaborarii cu serviciile de ingrijire medicala primara precum medicul de familie;

(x) la telefonul liniei de criza.

Exista cativa pasi de facut de la inceput de catre clinician cand ia contact cu un astfel de caz:

- asigura batranul ca este intr-un loc sigur si ca nu este nici un pericol;
- fi calm, nu dramatiza situatia si foloseste un ton cald si egal;
- ofera comfort imediat precum camera linistita, hidratare, repaos;
- arata suport si consideratie fata de situatia in care se afla;
- asigura-l despre confidentialitate;
- evalueaza urgentele medicale si transporta batranul in serviciul de urgenta daca exista asemenea nevoi;
- nu lasa batranul singur si nici nu accepta pe altcineva in incapare cand il intrebi de abuz;
- nu exercita presiuni asupra batranului privitor la divulgarea detaliilor abuzului sau identitatea faptuitorului;

Daca batranul a telefonat la linia de criza asigura-l ca a telefonat unde trebuie, fi calm, empatic si adopta un ton egal si linistit, asigura-l de confidentialitate, nu-l presa sa divulge ceea nu doreste, arata-i intelegere si rabdare, evalueaza nevoile imediate si incurajeaza-l sa vina la servicul de urgenta sau sa cheme sau sa accepte sa fie chemat un mijloc de transport/salvarea pentru a-l transporta la serviciul de urgenta unde va intalni lucratorul in criza si personalul medical calificat; daca vrea sa ramana la domiciliu incearca cu blandete si rabdare sa evaluezi

contextual in care traieste (familie, institutie, singur), tipul de ingrijire de care beneficiaza, relatiile cu ingrijitorul si/sau altii si posibilitatea unui abuz si felul lui, frecventa, severitatea si consecintele acestuia, evalueaza ideatia si intentia de suicid, informeaza-l de mandatul lucratorului in criza de a informa autoritatile si seriviciile de protectia a batranilor atunci cand afla de un caz de abuz impotriva unui batran, asigura-l de siguranta personala si formuleaza impreuna un plan de siguranta si discuta oportunitatea contactelor telefonice de urmarire. In tabelul Nr. 8 se prezinta cateva sugestii privind comunicarea cu un batran in aceasta situatie de criza.

Nota: Fi constient ca abordarea problemei abuzului poate face multi batrani sa devina anxiosi, nelinistiti si ezitanti si chiar sa refuze sa discute un astfel de subiect
- Separa batranul de inigjitorul/insotitorul sau (membrii de familie, ingrijitor, cunoscuti, etc.)
- Include mesage care sa arate grija si respect pentru batrani in general
- Apoi fi mai specific de ex. “...sunt ingrijorat de vanataile pe care le vad pe bratele Dvs.”
- Fi empatic fata de sentimentele batranului “Inteleg ca va este greu sa vorbiti despre asa…”
- Recunoaste ca poate fi greu pentru batran sa vorbeasca despre problemele lui
- Asigura batranul despre confidentialitatea conversatiei
- Nu exprima critici, judecati sau amenintati la adresa nimanui, de ex. “este de neconceput ca cineva sa va faca asa ceva…”
- Abiliteaza si incurajeaza batranul sa vorbeasca in felul lui despre abuz si ce ajutor si-ar dori
- Progreseaza in dialog trecand de la general la specific (cazul in speta)
- Formuleaza intrebarile si comentariile in acord cu educatia si cognitia batranului
- Incearca sa diminuezi rusinea celui abuzat: “Se intampla adesea ca oamenii sa nu primeasca ingrijirile pe care le merita…”
- Respecta dreptul batranului de a lua deciziile pe care le doreste si cand le doreste
- Fi gata sa ajuti batranul fata de nevoile pe care le prezinta
- Fi constient ca o batrana se simte mai confortabil sa vorbeasca cu o femeie si un batran cu un barbat si ia masurile in consecinta
- Permite batranului sa vorbeasca in pasul lui, nu-l grabi, doar asa va vorbi despre abuz
- Arata-i ca crezi ceea ce spune, fi suportiv, discuta optiunile dar nu da sfaturi, evita sa blamezi
- Evita sa exprimi dezgust, oroare sau manie ca raspuns la abuzul pe care l-a suferit
- Determina daca a mai trait situatii de abuz si daca a folosit alte servicii de ajutor…care?
- Respecta valorile culturale si religioase ale batranului si felul cum ele influenteaza dinamica familiala.
- Fi atent la posibilele dificultati de auz, vorbire sau cognitive ale batranului
- Ajuta batranul sa inteleaga ca nu trebuie sa accepte situatia abusive si informeaza-l de drepturile lui

Tabelul Nr. 8: Sugestii despre modul de a comunica cu un batran in situatia de abuz

13. Pasul nr. 2: Screeningul si evaluarea:

Scopul principal al acestui al doilea pas este de a descoperi riscul fizic potential si a celorlalte riscuri subsidiare pentru batran si a urgentei raspunsului la acestea. In continuare se vor prezenta o serie de protocoale si insturmente care-l vor ajuta pe clinicianul din criza, stiut fiind ca si pentru cei mai experimentati clinicieni, abuzul batranului "*este o problema complexa, paralizanta si incarcata de considerente etice*" (Anetzberger, 2005).

Evaluarea are ca scop recunoasterea si identificarea unui caz de abuz impotriva unui batran, indiferent daca aceasta problema este cea care a adus sau nu batranul in fata profesionistului. Abuzul nu poate fi combatut pana nu este identificat!

In general se descriu patru cauze care impiedica detectarea acestui tip de abuz de catre profesionisti:

(i) lipsa constientizarii abuzului fata de batrani si astfel ignorarea acestei probleme atunci cand se face o evaluare psiho-sociala;

(ii) nu toate formele si tipurile de abuz sunt in mod egal identificabile, abuzul fizic si neglijarea fiind mai usor de recunoscut dupa semnele exterioare ale lui spre deosebire de abuzul psihologic si cel sexual care sunt mai insidioase;

(iii) semnele abuzului sunt subtile si se pot intretese cu cele ale unei suferinte cronice sau deteriorarii cognitive datorita varstei si astfel sunt greu de distins de pe fundal;

(iv) problema negarii si/sau reticentei dezvaluirii abuzului este prezenta in diferite grade in toate cazurile de abuz (Anetzberger, 2001).

Descoperirea unui caz de abuz impotriva unui batran se poate face prin doua metode clinice: screningul si evaluarea specifica. Daca abuzul este perceput, recunoscut si dezvaluit de batran, se continua cu evaluarea specifica a abuzului si a concecintelor lui prin simpla intervievare a subiectului sau administrarea de instrumente de evaluare specifice. Daca abuzul nu este declarat de batran ci sunt alte acuze pe primul plan care sugereaza prezenta abuzului, se declanseaza procedura de screening. In general se recomanda ca procedura de screening pentru abuz sa fie declansata la orice individ peste 65 ani aflat in serviciul de criza pentru oricare alta problema, atunci cand aceasta nu afecteaza evaluarea si interventia pentru problema pentru care acesta se afla in program.

Abuzul fata de batrani continua sa ramana o problema ascunsa ochilor publicului din varii motive, in principal din reticenta batranilor de a dezvalui abuzul, pe de-o parte si din

reflexul familiei si societatii de a obtura acest fenomen ca reactie la sentimentul de rusine si culpabilitate pe de alta parte. Desi doctorii sunt in pozitia cea mai buna de a identifica abuzul, se pare ca ei sunt si cei care raporteaza cel mai putin cazurile de abuz, sub 2% din raportari si doar 10% din doctori fac screening pentru descoperirea abuzului la batrani in SUA. Nici ei nu scapa de sub normele sociale si culturale in care traiesc privind sexismul si ageismul, iar aceste atitudini se constituie intr-o bariera in identificarea abuzului (Perel-Levin, 2008). De fapt, nici un profesionist nu evadeaza de sub diferite reactii pe care abuzul unui batran le provoaca si Georgia Anetzberger (2005) distinge categorii de profesionisti din acest punct de vedere: (i) unii profesionisti sunt oripilati si au reactii repulsive si nu vor sa aiba de-aface cu astfel de cazuri, in mod ocazional blamand victimele pentru incapacitatea lor de a rezolva astfel de cazuri. (ii) alti clinicieni prezinta un filtru cultural, profesional sau personal privind abuzul prin prisma unor stereotipuri care sunt departe de a apara drepturile persoanelor invarsta; (iii) din fericire sunt si clinicieni care dovedesc profesionalism si se aliniaza usor mandatului legal de a dezvalui si interveni in apararea batranilor abuzati.

Screeningul pentru abuzul impotriva batranilor este o procedura prin care se cauta identificarea indicatorilor si a semnelor abuzului precum cele fizice, comportamentale, psihologice si de alta natura. El consta in administrarea unui set de intrebari alese de profesionist care exploreaza direct sau indirect abuzul, procedeu numit si ancheta de screening sau prin administrarea unui instrument standardizat de screening.

Screeningul pentru abuzul la batrani a continuat sa provocare dileme in legatura cu avantajele versus pagubele pe care le-ar putea produce. Desi instrumentele si procedurile de screening ale abuzului la batrani au fost criticate pentru lipsa de confidenta, senzitivitate si specificitate, ele au fost recomandate de Asociatia Medicilor Americani pentru a fi introduce in practica curenta a medicilor de familie (AMA, 1992), dar sunt voci in Marea Britanie (Ramsey si colab., 2002) care sustin ca ele ar trebuie rejetate. Considerentele impotriva instrumentelor de screening sunt legate de lipsa lor de specificitate, de confidentialitate, de pericolul sa destabilizeze relatia cu ingrijitorul, de exagerarea cazurilor fals-pozitive. Cele in favoarea procedurilor si testelor de screening sunt studiile care arata legatura dintre mortalitatea si morbiditatea crescuta si abuz si constatarea ca abuzul are tendinta sa se permanentizeaza daca victima nu este ajutata sa-l dezvaluie. Simplu spus, screeningul se refera la un test standardizat

sau la un set de intrebari care sunt luate ca un standard si care au abilitatea de a identifica o conditie cu suficienta sensibilitate ca sa fie tinta unui raspuns efectiv.

Abuzul batranilor nu poate fi lasat sa se dezvaluie doar in serviciile medicale. Medicalizarea violentei domestice si a batranilor ca forma a acesteia conduce la tacere. Cauzale sunt multiple printre ele fiind insusi limbajul medical, ierarhiile din sistemul medical si codurile de practica standardizata care au facut ca medicina in sine sa ia distanta fata de experientele pacientilor. S-a spus ca "*tehnicile folosite de modelul medical institutionalizeaza ierarhiile sociale de dominatie si control, tehnici care mimeaza ele insele dinamica abuzului*" (Warshaw, 1993). Pe de alta parte, personalul ajutator medical se simte el insusi abuzat prin faptul ca personalul care lucreaza cu batranii este considerat "de rangul doi", fiind salarizat mai prost si fiind privit ca mai putin calificat.

Lucratorul din programul de criza si personalul din serviciile de urgenta, care colaboreaza majoritatea timpului, sunt plasati cel mai bine pentru decelarea abuzului la batrani.

Ancheta de screening este o procedura rutiniera de a chestiona batranul cu blandete, cu evitarea blamarii, stigmei, etichetatii si falselor acuzatii, referitor la abuzurile sau agresiunile pe care posibil le-ar fi suferit. Ca o regula generala, aceste intrebari trebuie sa fie puse doar dupa ce s-a stabilit o relatie de incredere cu clinicianul pe baza unui dialog autentic, empatic si a unei ascultari active a naratiunii subiectului. Altfel, exista putine sanse ca batranul sa divulge abuzurile si fapturitorul lor. Se intreaba pacientul daca este dispus sa raspunda la intrebari referitoare la relatia lui cu ingrijitorul/ingrijitorii, i se dau asigurari ca abuzul este o situatie frecventa si ca nu e nimic rusinos sau ofensiv in a vorbi despre aceasta si ca a vorbi deschis despre astfel de relatii nu reprezinta altceva decat a recapata autonomia, demnitarea si capacitatea de decizie. Nu trebuie neglijata ambivalenta batranului abuzat care ar vrea ca abuzul sa se opreasca, dar nu ar vrea ca relatia lui cu persoana sa se incheie. Pe timpul administrarii intrebarilor de screening i se poate arata batranului si diagrama cu roata puterii si controlului in relatia abuziva cu un batran (National Clearinghouse on Abuse in Later Life, 2006) (vezi Fig. Nr. 1) pentru a-l ajuta sa identifice mai usor tacticilor folosite de abuziv pentru exercita controlul si dominatia.

Bomba (2006) sugereaza urmatoarele intrebari de screening:

- *Cat de des mergeti sa va intalniti cu prietenii?*
- *Va e frica de cineva?*

- *Recent, a incercat cineva apropiat sa va raneasca?*
- *Cineva apropriat a incercat sa va porecleasca, sa va injoseasca, sa va faca sa va simtit rau?*
- *Va tras cineva vre-o palma? V-a tras de par? V-a prins si v-a impins? V-a lovit?*
- *V-a amenintat cineva cu astfel de acte?*
- *V-a fortat cineva sa aveti un act sexual sau sa faceti lucruri cu tenta sexuala?*
- *V-a luat cineva lucruri care va apartin sau bani fara sa va ceara consimtamantul?*

Carney si colab (2003) recomanda un set de intrebari pentru fiecare din tipurile de abuz:

a. Abuz fizic:
- *Va e frica de cineva din casa?*
- *Ati fost lovit sau palmuit?*
- *Ati fost inchis in camera?*
- *V-a atins cineva asa cum nu ati fi dorit?*

b. Abuz emotional
- *Va simtiti mereu singur?*
- *Ati fost amenintat cu pedepse, lipsa de ingrijire, abandon sau plasarea intr-o institutie?*
- *Au fost perioade cand nimeni nu a vrut sa vorbeasca cu Dvs?*
- *Ati fost fortat sa mancati?*
- *Ce se intampla cand nu sunteti de accord cu ingrijitorul Dvs?*

c. Neglijare
- *Va lipsesc ochelari, aparat auditiv sau proteze dentare?*
- *Ati fost lasat singur pentru perioade lungi de timp?*
- *Daca aveti nevoie ca cineva sa va ajute ce puteti face?*
- *Cum puteti obtine ajutorul de care aveti nevoie?*

d. Abuz financiar
- *Ingrijitorul depinde de Dvs in ceea ce priveste locuinta sau salariul?*
- *V-a furat vreodata bani?*

In caz de deteriorare cognitiva mai severa decat cea datorata varstei, raspunsurile la aceste intrebari trebuie cantarite cu grija.

Exista mai multe instrumente standardizate de screening care sunt utilizate mai des in practica. Mai jos se vor prezenta cateva din cele recomandate sa fie utilizate in practica programelor de interventie in criza.

1. *Scala suspiciunii abuzului fata de batrani* (Elder Abuse Suspicion Index –EASI) a fost dezvoltata de Yaffe si colab (2008) cu scopul de a ajuta medicii din ingrijirile primare si pe alti clinicieni din linia intai de contact cu batranii de a detecta abuzul atunci cand exista o suspiciune. Scala EASI contine 6 intrebari iar senzitivitatea si specificitatea a fost gasite suficient pentru a deosebi pe cei ce sunt abuzati de cei ce nu au fost. Intrebarile se adreseaza direct subiectului si raspunsul la intrebari este ori DA ori NU iar un raspun pozitiv la una dintre intrebatile 2 - 6 conduce la suspiciunea unui abuz. Scala este prezentata in Anexa Nr. 5.

2. *Scala rapida de screening al abuzului fata de batrani* (Brief Abuse Screening for the Elderly – BASE) a fost dezvoltata de Reis si Nahmiash (1998) si consta in 5 intrebari. Ea este construita sa fie scurta, rapida, dureaza in jur de 1 minut, iar intrebarile se adreseaza ingirijitorului si/sau batranului. Fiecare intrebare este cotata pe o scara cu 5 ancore si scorul prag dincolo de care se poate suspiciona un abuz este de 3. Scala este prezentata in Anexa Nr. 6.

3. *Scala de screening a abuzului ingrijitorului* (Caregiver Abuse Screen – CASE) a fost facuta de Reis si Nahmiash (1995) si contine 8 intrebari care se adreseaza ingrijitorului membru de familie sau ingrijitorului care nu este membru de familie, platit sau nu. Intrebarile sunt formulate in asa fel incat sa nu fie offensive, astfel ca ingrijitorul sa doreasca sa raspunda sincer. Raspunsurile la intrebari sunt Da si Nu si un raspuns afirmativ se coteaza cu un punct. Un scor total de peste 4 puncte conduce la suspiciunea unui abuz. Se recomanda ca aceasta scala sa fie administrata impreuna cu alta care se adreseaza batranului pentru ca rezultatele sa fie coroborate sau atunci cand batranul este afectat cognitiv si nu poate fi intervievat direct. Scala este prezentata in Anexa Nr. 7.

4. *Scala de screening a lui Hwalek-Sengstock* (Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test – H-S/EAST) a fost dezvoltata de acesti autori (Neale si colab. 1991) cu scopul de a extrage informatii referitor la abuz direct prin auto-evaluarea batranului. Ea consta din 15 intrebari pe care subiectul le citeste si raspunde la ele fara ajutor din afara si raspunsul la aceste intrebari este DA sau NU. Intrebarile exploreaza violarea drepturilor batranului, abuzul direct,

caracteristicile de vulnerabilitate si situatii cu potential abuziv facut de ingrijitori din familie. Scala este prezentata in Anexa Nr. 8.

Din aceasta scurta trecere in revista a instrumentelor de screening se poate vedea ca de fapt numai intrumentele EASI si H-S/EAST se adreseaza direct subiectului in varsta suspectat de a fi tina unui abuz, restul fac un fel de evaluare intr-un mod standardizat. Principalul beneficiu al utilizarii instrumentelor de screening este cresterea sensibilitatii clinicienilor in contact cu batranii asupra probabilitatii abuzurilor pe care acestia le pot suferi. Perel-Levine (2008) sustine ideia ca toti clinicienii trebuie sa introduca in evaluarea lor intrebari care vizeaza incalcarea drepturilor persoanelor in varsta, cu precautia ca astfel de abuzuri se petrec intr-un context care poate fi evaluat doar printr-o abordare biopsihosociala, evaluare pe care instrumentele de screening nu o poate face, dar care se poate derula cu succes intr-un interviu clinic flexibil si mai putin standardizat.

In conditiile in care batranul declara sau admite ca a fost abuzat sau in cazul in care personalul care-l acompaniaza in programul de criza afirma acest lucru iar batranul nu-l neaga acest lucru, conversatia cu el se concentreaza de la inceput asupra conditiilor in care traieste si circumstantelor in care acest abuz s-a petrecut, istoria abuzului, tipurile de abuz suferite, faptuitorul/faptuitorii, plasarea abuzului in contexctul relatiei de putere si control cu abuzivul, modalitatile folosite de a preveni sau combate abuzul si serviciile pe care le-a accesat pana in momentul interviului. Interviul se desfasoara tinand cont de particularitatile conversatiei cu un individ in varsta victima recenta a unui abuz. Mai sus am prezentat unele sugestii de folosit in conversatia cu acest batran si unele consideratiuni privind barierele pe care le intampina in a dezvalui situatia abuziva pe care o traieste. Interviul in aceste conditii este un interviu nestructurat, flexibil, folosind intrebari deschise care sa incite subiectul in nararea detaliata a evenimentelor pe care le-a trait. Clinicianul trebuie sa ofere un cadru intim, de siguranta, sa nu fie nimeni de fata la discutie, sa fie empatic, sa abordeze un stil de ascultare activa, sa fie respectos, sa nu se grabeasca si nu faca comentatii emotionale, critice sau acuzatorii; el trebuie sa utilizeze experienta profesionala si expertiza clinica in a determina cea mai buna cale de a intervieva si evalua subiectul din fata sa. Clinicianul trebuie sa fie atent si la momentele in care povestea subiectul in varsta devine vaga, bizara sau incongruenta cu informatiile obtinute din alte surse, aceste discrepante putand fi datorate tendintei subiectului de a acoperi unele abuzuri din varii motive.

In timpul interviului se recomanda prezentarea diagramei cu roata puterii si controlului in relatia abuziva cu un batran (National Clearinghouse on Abuse in Later Life, 2006) (vezi Fig. Nr. 1) pentru a-l ajuta sa identifice mai usor tacticile folosite de abuziv pentru exercita controlul si dominatia. In Tabelul Nr. 9 se prezinta o lista cu intrebari posibile de introdus in interviul cu subiectul abuzat:

-	Va rog sa-mi spuneti despre conditiile in care traiti? Sunteti multumit de ele? Ati schimba ceva? Ce anume?
-	Exista persoane la care apelati pentru a va face viata mai usoara? Va ajuta zilnic? Dupa ce orar? In ce consta acest ajutor? Aceasta persoana este ruda sau altcineva? Cum va revansati pentru serviciile/ingrijirea Dvs?
-	Cum ati descrie calitatea ingrijirii pe care o primiti? Aveti ceva de reprosat acestei persoane?
-	Ati vrea sa aveti alt ingrijitor? Descrieti motivele?
-	Puteti sa-mi spuneti daca recent s-a intamplat ca cineva sa faca ceva impotriva vointei Dvs? Descrieti…
-	Va e frica de cineva anume din casa Dvs? Elaborati…
-	A incercat cineva apropiat Dvs sa va loveasca sau sa va raneasca? Descrieti…
-	Este cineva appropriat de Dvs care are probleme de control al nervilor sau consuma prea mult alcool sau are probleme psihice? Cum se reflecta aceasta asupra Dvs?
-	S-a intamplat ca cineva sa va atinga in locuri in care nu se cade sau sa va propuna lucruri indecente? De exemplu….
-	S-a intamplat recent ca cineva aporpriat sa strige la Dvs sau sa va vorbeasca urat, astfel incat v-ati simtit nefericit si stressat?
-	S-a intamplat recent ca cineva sa va critice si sa va ameninte? Puteti sa-mi dati un exmplu?
-	V-a spus cineva ca sunteti bolnav desi stiati ca nu e asa? Puteti sa-mi dati un exemplu?
-	V-a pus cineva recent sa semnati hartii pe care nu le intelegeti? De exemplu…
-	V-a pus cineva sa faceti lucruri pe care nu le-ati vrut? Ca de exemplu….
-	Cineva v-a luat bani sau lucruri fara permisiune? De exemplu…
-	Trebuie cineva sa va ajute in chestiunile financiare? Sunteti multumit de aceasta?….
-	Este cineva care v-a impiedicat sa aveti ochelari, protezele sau aparatele ajutatoare de care aveti nevoie?
-	Este cineva care sa va ajute sa mergeti la cumparaturi, la medicul de familie, la farmacie, la posta sau in alte locuri unde aveti nevoie? Aveti probleme cu acest fel de ajutor…
-	Sunteti in majoritatea timpului singur? Descrieti…
-	Aveti probleme cu gatitul, facutul curateniei in casa, igiena personala, intretinerea imbracamintii? Cum rezolvati aceste probleme…
-	Cand ati vazut ultima oara un membru de familie si/sau un prieten/cunoscut?
-	Aveti acces la telefon si puteti comunica cu cine vreti? Este cineva sau ceva care va impiedica?

Tabelul Nr. 9: Lista cu sugestii de intrebari de inclus in interviul liber cu un batran cu probleme de abuz.

In timpul interviului, pe masura ce batranul dezvaluie actele de abuz pe care le-a suferit, clinicianul trebuie sa deceleze consecintele fizice, psihologice, financiare, locative si de alt fel ale acestor acte. Clinicianul este in cea mai buna pozitie de a observa, examina si identifica consecintele abuzurilor. Astfel, echimoze sau rani inexplicabile, stare de nutritie precara, proasta igiena, deshidratare, neglijenta vestimentara, etc. reprezinta indicii exterioare a abuzului si neglijarii. In aceste conditii, se recomanda evitarea blamarii batranului sau a ingrijitorului sau ci doar afirmarea mandatului clinicianului de a proteja drepturile batranului si de a anunta serviciile de protectie a oamenilor in varsta, in conditiile in care un abuz este bine documentat.

Odata ce actele de abuz si consecintele lor sunt evidentiate, este bine ca ele sa fie trecute in mod calitativ pe tabelul pe care-l furnizeaza Instrumentul de evaluare a batranului (Elder Assessment Instrument – EAI) si astfel se alcatuieste un profil al abuzului subiectului in cauza, profil care va sta la baza interventiei si planului de siguranta si de ingrijire formulat de clinicianul din criza. Acest instrument a fost dezvoltat de Fulmer (2003) si el consta intr-un un tabel cu 41 de itemi care constituie un "harta" al abuzului fizic, social, a neglijarii, abandonului si a nivelului de independenta a batranului, fiecare item fiind cotat in functie de cat de evidenta este problema respectiva. Completarea acestui instrument este utila si din punctul de vedere a documentarii evaluarii si interventiei efectuate de clinicianul in criza intr-un caz dat. Instrumentul EAI este prezentat in Anexa Nr. 9.

Asociatia Medicala Americana (Amedical Medical Association, 1992) formuleaza un ghid de buna practica pentru tratamentul abuzului si neglijarii la batrani, cu scopul de a ajuta clinicienii din linia intai de interventie sa identifice si incorporeze evaluarea in rutina clinica zilnica. Acest ghid include faptele abuzului, barierele in identificare si modurile prin care profesionistii pot imbunatati detectarea abuzului in situatiile clinice. Ariile de evaluare pe care le propune acest ghid sunt:

(i) Siguranta (intrebare: *Este pacientul in pericol imediat din cauza abuzului sau pentru idei de suicid?*)

(ii) Acces (intrebare*: Exista bariere care impiedica evaluari suplimentare si referirea la servicii de specialitate*?)

(iii) Statutul cognitiv (intrebare*: Prezinta pacientul deteriorare cognitive si cat de mult aceasta interfera cu evaluarea si raspunsul la problema*?)

(iv) Statutul emotional (intrebare: *Prezinta pacientul depresie, rusine, vinovatie, anxietate, frica sau manie? Cum interfera cu evaluarea si interventia*?)

(v) Statutul fizic si functional (intrebare: *Ce probleme medicale exista*?)

(vi) Resurse sociale si financiare (intrebare: *Are pacientul resurse adecvate financiare si acces la nevoile de baza?*)

(vii) Frecventa si intensitatea abuzului (intrebare: *Au crescut in frecventa si intensitate abuzurile?*).

Protocolul se incheie cu recomandari de interventie si de referire la alte servicii specializate atunci cand e cazul.

Este bine de stiut ca mai exista un protocol de evaluare dezvoltat de Florida APS Program (Hwalek si colab, 1996) care are ca scop identificarea riscului pentru abuzuri viitoare ale victimei care este in acesta situatia de evaluare. Acest protocol masoara riscul in mai multe arii ale vietii subiectului in varsta si este exemplar pentru modul cum trebuie sa gandeasca clinicianul intr-un model biopsihosocial. Aceste arii sunt: (i) client (varsta, sex, sanatate fizica/emotionala si functionare, venit si resurse financiare); (ii) ambianta (structura domiciliului, cat de potrivita este pentru conditia subiectului, facilitate, curatenie); (iii) transport si suport (disponibilitate, accesibilitate, confidenta, adecvare formala si informala); (iv) abuzul curent si istoria de abuz (calitatea ingrijirii, severitatea abuzului, frecventa, consecintele abuzului, apelarea la serviciile de protectie); (v) faptuitorul (accesul la client, felul ingrijirii, consumul de alcool si droguri, relatia si dependenta financiara si locativa fata de batran, tacticile folosite de faptuitor, dinamica abuzului). Dupa explorarea acestor domenii lucratorul in criza poate incadra clientul in trei grade de risc de continuare a abuzului (mic, mediu si sever) pentru riscul de a abuza batranul in continuare.

Dupa aceasta trecere in revista a instrumentelor si protocoalelor la dispozitia lucratorului din programul in criza trebuie spus ca aceste insturmente contin o doza de subiectivitate, ele pacatuiesc prin calitati psihometrice slabe si ca ramane in sarcina profesionistului sa emita o judecata clara bazata pe experienta clinica si expertiza lui profesionala.

14. Pasul Nr. 3: Interventia:

Interventia este nucleul activitatii clinicianului din programul de criza. In cazul crizei date de abuzul fata de o persoana in varsta eficienta interventiei a fost de multe ori subiect de dezbatere. Astfel, Wolf (1997) si Bonnie si Wallace (2003) vorbesc de lipsa de confidenta privind eficacitatea interventiilor destinate abuzului batranilor. Intr-o trecere in revista a 398 publicatii Erlingsson (2007) vorbeste de o lipsa de interes privind evaluarea eficientei interventiilor, asa cum reiese din numarul mic de studii, doar 6,5% studii care abordeaza aceasta problema. Mai recent, Ploeg si colab. (2009) analizeaza 1253 studii privind interventia in cazul abuzului la batrani si conchid ca "*nu exista o evidenta suficient de robusta in favoarea vreunei inteventii specifice care sa tinteasca batranul abuzat, faptuitorul sau profesionistii implicati*". Dupa parerea mea aceasta situatie este explicabila daca se ia in consideratie doar un mod de interventie "masurabila" care urmareste o schimbare si un deznodamant radical pozitiv care nu poate fi obtinut intr-o situatie care implica relatii, valori si traditii care se inradacineaza la nivel individual, familial si social. In cazul batranului abuzat, o interventie valoroasa este aceea care urmareste re-autorizarea si re-imputernicirea batranului cu motivatia si taria de a a-si apara identitatea si demnitatea, de a lua decizii si de a fi independent si autonom, in ciuda capacitatii limitate de a se ingriji din cauza varstei. In modelul pe care-l propun, interventia cuprinde patru proceduri de baza care sunt comunte tuturor cazurilor de abuz fata de batrani si altele auxiliare, care sunt desfasurate in functie de particularitatile fiecarui caz in parte. Cele patru proceduri de baza sunt:

(i) asigurarea sigurantei subiectului (raspunsul imediat in criza);
(ii) restaurarea sperantei, drepturilor, demnitatii si bunastarii batranului;
(iii) informarea despre resursele existente pentru a-si pastra independenta si autonomia;
(iv) formularea unui plan de siguranta.

Aceste proceduri sunt derulate atat in cazul raspusului la criza la telefon, cat si in situatia fata-in-fata. Ele se desfasoara tinand contde considerentele morale si etice al profesiunii, dar mai ales pe cele ale respectarii drepturilor persoanelor in varsta, asa cum sunt stipulate de Carta drepturilor persoanelor invarsta. In tabelul Nr. 10 sunt inventariate Principiile Natiunilor Unite (1991) referitoare la apararea drepturilor persoanelor invarsta.

Independenta	1. Persoanele in varsta ar trebui sa aiba acces adecvat la hrana, apa, adapost, imbracaminte si ingrijirea sanatatii prin propriile resurse sau prin furnizarea de ajutor de catre familie si comunitate.
	2. Persoanele in varsta ar trebui sa aibe sansa sa lucreze sau sa aiba acces la alte oportunitati de a avea resurse financiare proprii.
	3. Persoanele in varsta ar trebui sa fie capabile sa participle la decizia privitor la cand si cum sa se retraga din campul muncii.
	4. Persoanele in varsta ar trebui sa aiba acces adecvat la educatie.
	5. Perdsoanele in varsta trebuie sa fie capabile sa traiasca in siguranta si ambianta adaptata capacitatilor si preferintelor lor.
	6. Persoanele in varsta ar trebui sa fie ajutate sa locuiasca in casa lor cat mai mult timp posibil.
Participare	7. Persoanele in varsta ar trebui sa ramana integrate in societate, sa participe activ in formularea si implementarea politicilor care le afecteaza direct bunastarea si sa poata impartasi cunostintele si abilitatile cu tanara generatie.
	8. Persoanele in varsta ar trebui sa fie capabile sa caute si sa dezvolte oportunitati pentru a servi comunitatea ca voluntar, in pozitii potrivite cu interesele si capacitatile lor.
	9. Persoanele in varsta ar trebui sa fie capabile sa formeze asociatii si miscari ale persoanelor in varsta.
Ingrijire	10. Persoanele in varsta ar trebuie sa beneficieze de ingrijirea si protectia familiei si comunitatii in acord cu valorile culturale ale societatii.
	11. Persoanele in varsta ar trebuie sa aiba acces la ingrijirea sanatatii pentru a mentine si recastiga nivelul optim de bunastare fizica, mentala si emotionala si sa previna sau sa intarzie aparitia bolilor.
	12. Persoanele in varsta ar trebui sa aiba acces la serviciile sociale si legale care sa sporeasca autonomia, protectia si ingrijirea lor.
	13. Persoanele in varsta ar trebuie sa fie capabile sa utilizeze nivele convenabile de ingrijire institutionala privind protectia, reabilitarea si stimularea sociala si mentala intr-o ambianta umana si sigura.
	14. Persoanele in varsta ar trebui sa se bucure de drepturile umane si libertatile fundamentale cand locuiesc in adaposturi, institutii de ingrijire pentru batrani, facilitati de tratament, incluzand aici respectul fata de demnitatea, credintele, nevoile si intimitatea lor si fata de drepturile de a lua decizii relative la ingrijirea si calitatea vietii lor.
Auto-realizare	15. Persoanele in varsta ar trebuie sa fie capabile sa foloseasca oportunitatile pentru dezvoltarea potentialului lor.
	16. Persoanele in varsta ar trebui sa aiba acces la resursele de educatie, cultura, spiritualitate si recreere in societate.
Demnitate	17. Persoanele in varsta ar trebui sa traiasca in demnitate si siguranta si sa nu fie exploatate sau abuzate fizic si mental.
	18. Persoanele in varsta ar trebui sa nu fie discriminate cu privire la varsta, sex, rasa sau etnie, dizabilitate sau alt statut si sa fie tratate egal indiferent de contributia lor economica.

Tabelul Nr. 10: Drepturile persoanelor in varsta stipulate de Natiunile Unite (1991).

Pe de alta parte acest model de interventie este bazat si pe ideile lui Kurrle si Sadler (1994), care recomanda ca interventia sa se bazeze pe principiile de binefacere si autonomie. Prin principiul binefacerii ei inteleg actionarea in maniera de a face bine, de a indeparta abuzul

si ceea ce este daunator si de a preveni daunele ulterioare. Principiul autonomiei este principiul auto-determinarii si demnitatii, dreptul persoanei in varsta de a lua decizii care la randul lor trebuie respectate de ceilalti. Intre aceste doua principii poate exista uneori o tensiune atunci cand batranul doreste sa ramana in situatia abuziva, in ciuda daunelor pe care le are. Acesti autori recomanda urmatoarele raspunsuri comunitare fata de problema batranului abuzat: interventia in criza, organizarea de servicii comunitare pentru batrani si indrumarea celor abuzati la acestea, servicii de ingrijire temporara ("*respite care*"), consiliere, tratament specific pentru ingrijitorul abuziv, organizarea de adaposturi pentru batrani unde sa se poata refugia temporar cei abuzati, urmarirea in justitie a faptuitorilor si programe de asistenta juridica pentru batranii abuzati.

14.1. Raspunsul imediat in criza:

Sunt cativa pasi de baza care trebuie parcursi de clinicianul din criza, indiferent daca batranul se afla telefon sau daca este in servicul de raspuns la criza. Raspunsul imediat este ceea ce se intampla in primele secvente ale contactului cu persoana invarsta care a fost abuzata, respectiv care a reclamat abuzul sau careia i s-a descoperit situatia abuziva prin mijloacele de screening:

- Asigura-te ca batranul este in siguranta, ca nu este in pericol de a fi abuzat fizic de agresor, nu este suicidar sau ca nu are probleme medicale ca si consecinta a abuzurilor curente si care necesita asistenta medicala imediata;
- Daca subiectul este suicidar, declanseaza secventa de evaluare si interventie in functie de severitatea ideilor suicidare, a intentiei, planului de suicid si a accesului la mijloacele de suicid;
- Daca exista probleme medicale, invita si insoteste batranul in serviciul de urgenta unde va fi evaluat medical si va primi ingrijirile necesare; fa cu el contractul de a fi vazut ulterior din nou de lucratorul de criza pentru a se continua evaluarea, interventia si planul de siguranta; transfera responsabilitatea catre personalulului din serviciul de urgenta si stabileste modalitatea de a trimite inapoi clientul la serviciul de criza sau oportunitatea contactelor de urmarire; transferul responsabilitatii catre un alt serviciu nu inseamna ca clinicialul din criza s-a derobat de responsabilitatea fata de client, el i-l va urmari pe tot traseul de suport, pana cand se afla in afara oricarui pericol de abuz;

- Ramai singur cu batranul in comunicare, nu accepta ca alte persoane sa fie de fata, dedramatizeaza situatia daca exista insotitori care se manifesta emotional; aminteste-ti ca victima este clientul tau si nu intreaga familie;
- Asigura-te de capacitatea auditiva si cea cognitiva a subiectului pentru a comunica clar si a nu exista confuzii;
- Exploreaza cu tact consecintele emotionale ale abuzului si furnizeaza raspuns rapid la acestea;
- Re-autorizeaza si re-imputerniceste subiectul: asigura-l ca ceea ce s-a intamplat nu este vina lui, el nu merita sa fie abuzat, ca orice forma de abuz este inacceptabila in societate, ca el nu trebuie sa mai tolereze abuzul, ca el are dreptul sa-si controleze viata lui si nu persoana care-l ingrijeste, ca daca tolereaza abuzul exista riscul ca abuzul sa se amplifice in timp; ca are posibilitatea de a trai in siguranta si demnitate. Nu te concentra pe deficientele batranului, pe necesitatea de a fi ajutat in ingrijire, ci din contra, subliniaza capacitatile, abilitatile si calitatile lui;
- Nu presa subiectul sa-ti furnizeze amanunte pe care nu le vrea facute publice, nu-l provoca, exista riscul sa nu mai continue sa vorbeasca;
- Asigura-l de confidentialitatea conversatiei si a datelor dezvaluite;
- Vorbeste de mandatul tau de a impartasi datele cu personalul din reteaua de ingrijire a batranilor abuzati, pe baza carora va fi plasat in cea mai buna pozitie de ingrijire si siguranta, conform contextului in care se afla;
- Intreaba-l daca vrea sa comunice cu cineva anume si ofera-i mijloacele necesare pentru aceasta (de ex. telefon);
- Intreaba-l daca are nevoie de adapost temporar; batranul nu trebuie nici incurajat nici descurajat sa ramana in relatie cu abuzivul; permite subiectului sa ia deciziile pe care le considera adecvate; constituie-te in partenerul batranului cand ia decizii si nu in sfatuitorul sau mentorul lui;
- Intreaba-l daca are nevoie de asistenta juridica pentru a se proteja si trai in siguranta;
- Exploreaza alte optiunile personale disponibile;
- Ofera informatii despre serviciul de criza si modul cum se poate contacta;
- Documenteaza cat de repede despre raspunsul oferit batranului.

14.2. Restaurarea sperantei, drepturilor, demintatii si bunastarii:

Se incepe prin furnizarea de mesaje de suport si speranta pornind de la constatarea ca persoana in varsta care a experimentat un abuz traieste sentimente de deceptie, lipsa de speranta si ajutor, insingurare, descurajare, stima de sine scazuta. Aceste mesaje trebuie furnizate fara compasiune exagerata, ci exprimate cu elocventa, simplu si neutru din punct de vedere emotional, transmise printr-un stil conversational si nu printr-o "predica":

- afirma ca abuzul se poate petrce la orice varsta si el/ea nu trebuie sa aiba sentimente de jena, rusine, vinovatie; nimeni, indiferent de varsta, nu merita sa fie abuzat sau exploatat doar pentru ca are nevoie sa fie sprijinit/ingrijit, indiferent de varsta;
- afirma ca el/ea are dreptul sa traiasca in demnitate si fara frica, intr-o ambianta sigura, sanatoasa si sa aiba relatii adecvate cu cei din jur;
- nu este singur, multi alti oameni au fost abuzati dar au putut sa rezolve aceasta problema si sa redobandeasca controlul propriei vieti si sa ia deciziile pe care le-au dorit;

Apoi se continua cu afirmarea competentei si capacitatii sale individuale, cu scopul de a re-incredinta subiectul ca are capacitatea de a decide si de a-si controla existenta:

- abuzul pe care l-a suferit nu inseamna ca este slab sau incapabil;
- subiectul sa-si reaminteasca de cate ori a avut alegeri si decizii valoroare in trecut, sa se increada in capacitatea lui de a depasi greutati;
- focalizeaza discutia pe capacitati si competente si nu pe deficiente si esecuri;
- asigura subiectul ca este pe deplin indrituit sa fie considerat competent si capabil sa ia deciziile pe care le doreste si care-l conduc spre bunastare si autonomie; abuzul nu este un motiv sa creada altfel;
- nimanui nu-i este permis sa ia decizii in numele lui fara autorizarea lui; varsta si avatarurile ei nu sunt motive sa gandeasca altfel;
- asigura-l ca are dreptul de a hotara care este raspunsul la abuzul care l-a trait, de ex. sa nu intreprinda nimic, sa se reintoarca in relatia anterioara, sa caute un alt loc de ingrijire, sa se protejeze prin utilizarea drepturilor legale, etc;

14.3. Informarea si indrumarea spre resursele existente:

In aceasta faza lucratorul din criza furnizeaza informatii despre servicii de suport si realizeaza contactul cu acestea.

In contextual re-imputernicirii si re-autorizarii subiectului cu capacitatea de a lua propriile decizii se poate intampla ca el sa doreasca sa nu sa paraseasca relatia abuziva. Pentru aceasta se discuta despre impactul abuzului asupra subiectului, despre abilitatea lui de a recunoaste abuzul in fazele incipiente si de a aprecia consecintele abuzului pe termen scurt si lung.

Subiectul este incurajat sa ia in considerare mai multe variante, dar inainte de toate este bine sa cunoasca spectrul serviciilor de suport pentru batrani din comunitatea din care face parte. O buna informare ofera individului sansa de a lua decizii corecte si realiste, capabile sa fie puse in practica. Aceste servicii se prezinta subiectului intr-o ierarhie, pornind de la serviciile de ingrijire a sanatatii (medicul de familie, serviciul de urgenta de la spital, policlinici cu specialist geriatru, etc.), trecand pe la cele de suport social (adaposturi pentru batrani, camine pentru batrani, servicii specifice pentru persoane abuzate, cantine de ajutor, ONG specifice pentru batrani, grupuri de auto-ajutor pentru batrani, etc.) si sfarsind cu la cele juridice si de ordine publica (politie, centru de medicina legala, servicii de asistenta juridica). Prezentarea acestor servicii se face scurt si clar cuprinzand ceea ce ele ofera, amplasarea lor, modul de contactare, accesibilitatea lor si cat de repede raspund cand sunt solicitate (de ex. raspuns imediat, au lista de asteptare, cine are prioritate, etc.).

In mod normal, intr-o comunitate bine structurata in care protectia si bunastarea indivizilor care o compun este o prioritate, exista o paleta intreaga de agentii, institutii, organizatii care pot fi accesate pentru a oferi sprijin si protectie batranilor cu probleme de abuz. Lucratorul din criza are prin mandatul activitatii sale legaturi preformate cu aceste entitati si rolul sau este sa mentina in viata aceste legaturi, impreuna cu clientul sau sa traca in revista aceste resurse ale comunitatii si sa stabileasca care sunt cele mai potrivite pentru situatia saparticular a subiectului in cauza si sa-l refere la cele alese de comun acord.

In general aceste resurse comunitare se pot imparti in:

- institutii si organizatii de protectie si siguranta precum politia, procuratura, asociatii de locatari, grupe de supraveghere reciproca (“watching community”);

- institutii si organizatii de raspuns in caz de necesitati urgente precum serviciul SMUD, serviciul de interventie in criza, serviciul de pompieri, centre de asistenta sociala, etc.
- institutii si organizatii pentru ingrijirea sanatatii, precum medici de familie, servicii de urgenta, policlinici cu specialist in geriatrie, centre de diagnostic si tratament, centre de sanatate mentala, camine pentru ingrijire boli cronice, servicii speciale pentru combaterea abuzului de alcool si droguri, centre teritoriale ale Ligii Nationale de Sanatate Mentala, etc.
- institutii si organizatii pentru protectia si ajutorul persoanelor invarsta precum ONG-uri cu acest obiect de activitate, camine de batrani, adaposturi pentru batrani, asociatii de pensionari, grupuri de auto-ajutor pentru batrani, casa de ajutor reciproc a pensionarilor;
- institutii si organizatii de combatere a violentei familiale/domestice precum organizatii si ONG-uri specifice, adaposturi pentru persoanele abuzate, centre de raspuns pentru persoanele abuzate, sericiile de asistenta sociala de pe langa primarii, etc.
- institutii si organizatii pentru apararea drepturilor cetatenesti precum Procuratura, servicii de asistenta juridica si altele, organizatii de asistenta sociala;
- institutii si organizatii pentru asigurarea bunastarii persoanelor dezavantajate precum cantine de ajutor, asociatia Caritas, Asociatia Crucea Malteza, Asociatii bisericesti, serviciul de asistenta sociala teritorial, Inspectoratul teritorial pentru persoanele cu handicap, organizatii de binefacere si altele.

Lucratorul din programul de criza trebuie sa aiba pentru fiecare din aceste servicii cartile lor de vizita si sa le inmaneze subiectului pe masura ce sunt prezentate. Lucratorul din programul de criza trece in revista cu pacientul sau aceste resurse comunitare si discuta care ar fi cele care ar raspunde cel mai bine nevoilor lui imediate. Aceste resurse se judeca atat dupa capacitatea lor de a oferi un ajutor specific, cat si dupa accesibilitatea si adresabilitatea imediata fata de situate subiectului in cauza. In mod colaborativ se stabileste ce resurse comunitare vor fi accesate si acestea vor fi prioritizate in functie de nevoile de moment ale subiectului. In final lucratorul in criza se ofera sa faca el contactul cu cele pe care subiectul le vrea contactate imediat. Contactul se face imediat la telefon, prezentand cazul subiectului care este in program sau asteapta la telefon, fara a dezvalui datele confidentiale, ci doar nevoile acestuia si urgenta lor si in final se obtine numele persoanei de contact, timpul, data si adresa la care batranul este asteptat in acel serviciu. Se inmaneaza subiectului un imprimat special cu antetul serviciului de criza, numele clinicianului, numele subiectului si data la care a fost vazut

de clinician, serviciul la care este indrumat, adresa, numarul de telefon, numele persoanei de contact si ziua si ora intalnirii. Se asigura ca subiectul are mijloace pentru a se deplasa la serviciul selectat sau daca nu, lucratorul din criza ii ofera un voucher de transport (pentru autobuz sau taxi) sau se apleleaza la lista de voluntari care ofera transport pentru persoane in nevoie.Lucratorul din criza asigura subiectul de disponibilitatea de ajutor in continuare si de urmariea realizarii a ceea ce s-a stabilit deja. Activitatea din aceasta faza se incheie astfel cu transferul responsabilitatii catre alte serviciu, cu documentarea activitatii desfasurate si stabilirea unui contact de "follow-up" cu subiectul si cu serviciul la care a fost indrumat. Daca subiectul a refuzat contactul cu aceste servicii, lucratorul din criza documenteaza activitatea de educare si indrumare si refuzul subiectului de a apela la aceste servicii, precum si disponibilitatea serviciului de a ramane deschis la o astfel de indrumare.

14.4. Formularea unui plan de siguranta/urgenta:

Planul de siguranta sau de urgenta este o strategie specifica care are ca scop asigurarea si sporirea sigurantei persoanei abuzate si/sau in pericol de a fi abuzata. Clinicianul colaboreaza cu subiectul pentru a formula si implementa un set de masuri prin care acesta din urma va putea sa previna si sa faca fata situatiilor care-l supun la risc, incluzand o serie de masuri de raspuns la amenintari sau abuzuri si o lista de resurse disponibile in caz de urgenta/risc fizic. Acest plan este de fapt un ghid pe care victima trebuie sa-l urmeze atunci cand se simte amenintata si care-l inarmeaza cu metode si capacitatea de a face fata si de a se simti in siguranta. Planul de siguranta trebuie sa fie fluid si trebuie sa fie revizuit periodic pentru a fi in concordanta cu contextual in care traieste subiectul. Acest plan se poate considera ca un plan de urgenta care trebuie activat doar atunci cand e cazul.

In alcatuirea planului de siguranta trebuie sa intre mai multe tipuri de strategii:

(i) strategii de preventie a abuzului (relatiile cu persoana abuziva, timpul de contact dintre ei, modificarea raportului dintre ei, modalitati de comunicare si evitare a confruntarii, locuri unde poate sa-si schimbe rezidenta);

(ii) strategii de protectie (stabilirea unei rute de scapare, ruperea contactului cu abuzivul, locuri unde se poate refugia);

(iii) strategii de notificare (persoanele si serviciile pe care le va apela pentru a notifica abuzul si l-a reclama);

(iv) strategii de suport specific (persoanele sau serviciile pe care le va apela pentru ajutor specific, precum serviciul de criza, medicul de familie, serviciul de urgenta, servicii de consiliere pentru batrani, grupuri de auto-ajutor pentru batrani, ONG-uri dedicate persoanelor invarsta);

(v) strategii pentru suport emotional (muzica, relaxare, exercitii fizice, hobiuri, prieteni, activitati comunitare recreative, activitati spirituale/religioase).

Mai jos se prezinta cum arata un plan de siguranta simplu:

- fa din timp o lista cu persoane si servicii la care sa apelezi in caz de nevoie;
- fa din timp un dosar cu copii ale documentelor importante si dubluri de chei si da-le spre pastrare unei persoane de incredere;
- alcatuieste din timp un "plan de scapare" care cuprinde locurile unde te vei duce daca esti abuzat si nu mai poti sa stai impreuna cu acesta, pune intr-o geanta sau valiza lucrurile importante pe care vrei sa le iei cu tine ca sa poti avea acces repede la ele (acte de identitate, o suma de bani, cheile pe care vrei sa le pastrezi pentru acces, documente importante precum certificate de nastere, documente bancare, etc. medicamente, ochelari, haine si obiecte personale, o lista cu telefoanele si adresele persoanelor si serviciilor de care ai nevoie, lucruri cu valoare sentimentala precum fotografii, scrisori, bijuterii);
- daca te agreseaza cineva incearca sa rupi contactul cu acesta si sa te pui la adapost;
- nu continua discutii aprinse sau confruntari cu o astfel de persoana;
- spune cuiva in care te increzi ce ti s-a intamplat; acesta poate fi un membru de familie, un prieten, un cunoscut, un asistent social, doctor sau oricine altcineva in care ai incredere;
- foloseste lista cu persoane si servicii pentru a telefona pentru ajutor si indrumare;
- daca nu ai o asemenea lista cauta pe internet cuvinte cheie ca: <abuzul fata de batrani>, <abuz>, <violenta contra persoanelor in varsta>, <violenta familiala>, <servicii de protectie pentru batrani>
- telefoneaza sau du-te in persoana la serviciul de criza si solicita ajutor;
- telefoneaza la serviciul 211 sau la Politie pentru a te pune la adapost de abuz si reclama ceea ce ti s-a intamplat;
- mergi la serviciul de urgenta de la spital pentru consecintele abuzului;

Planul de siguranta trebuie sa fie adaptat fiecarei persoane in parte, sa cuprinda elementele particulare ale conditiei in care traieste si el poate sa mai cuprinda schimbari in elementele interioare ale locuintei, schimbarea relatiei cu ingrijitorul abuziv, modificarea programului de vizite ale ingrijitorului, efectuarea de contacte regulate cu membrii de familie sau cu alte persoane de incredere, stabilirea de vizite regulate cu medical de familie si locurile exacte in care poate sa se refugieze in caz de forta majora. In Anexa Nr. 10 se prezinta un model elaborat de plan de siguranta pentru diferite situatii asa cum a fost conceput de National Clearinghouse on Abuse in Later Life – NCALL.

15. Contactele de urmarire ("Follow-up"):

Contactele de urmarire au ca scop evaluarea situatiei existente a subiectului (scurta evaluare a riscului imediat al subiectului (de ex. ideatia suicidara), a situatiei sale emotionale, a subiectului, a functionarii lui, a capacitatii de coping, a capacitatii de a lua decizii corecte), reintarirea mesajelor de suport comunicate in timpul interventiei, asigurarea ca subiectul este in siguranta, realizarea obiectivelor stabilite cu prilejul contactului anterior si exprimarea disponibilitatii de a continua suportul oferit. Cu aceasta ocazie se trece in revista si planul de siguranta si se fac eventuale corectii.

Aceste contacte de urmarire se fac la telefon si datele la care se fac, frecventa lor, se stabilesc in prima intalnire cu clinicianul din criza, iar oportunitatea continuarii lor se discuta dupa fiecare din ele. Aceste contacte de urmarire se documenteaza si ele reprezinta note separate in dosarul clientului, sub forma electronica sau pe hartie.

16. Documentarea

Documentarea reprezinta o activitate care acopera toate fazele interventiei in criza, respectiv contactul cu subiectul, evaluarea, interventia propriu-zisa, planul de siguranta, indrumarea la alte servicii si contactele de follow-up si constau in formularea unor note scrise, electronic sau pe hartie, despre activitatile intreprinse cu subiectul. Prin documentare se deconteaza activitatea clinicianului si se asigura ca aceasta a fost facuta conform codurilor si procedurilor de buna practica si considerentelor etice si morale care stau la baza lor. Aceste documente sunt permanent verificate de supervisorul programului, sunt subiectul unui feed-back profesional de la acesta si pot deveni probe in cazul in care problema subiectului a

devenit subiect de drept. In situatia in care se cunoaste care este deznodamantul final al cazului, se formuleaza o nota clinica despre aceasta si relatia lui cu activitatea intreprinsa de clinicianul din criza. ,

Toate fazele activitatii clinicianului descrise mai sus se succed intr-o secventa standardizata a interventiei in criza in mai multi pasi si acest algoritm este formalizat grafic in Figura Nr. 3

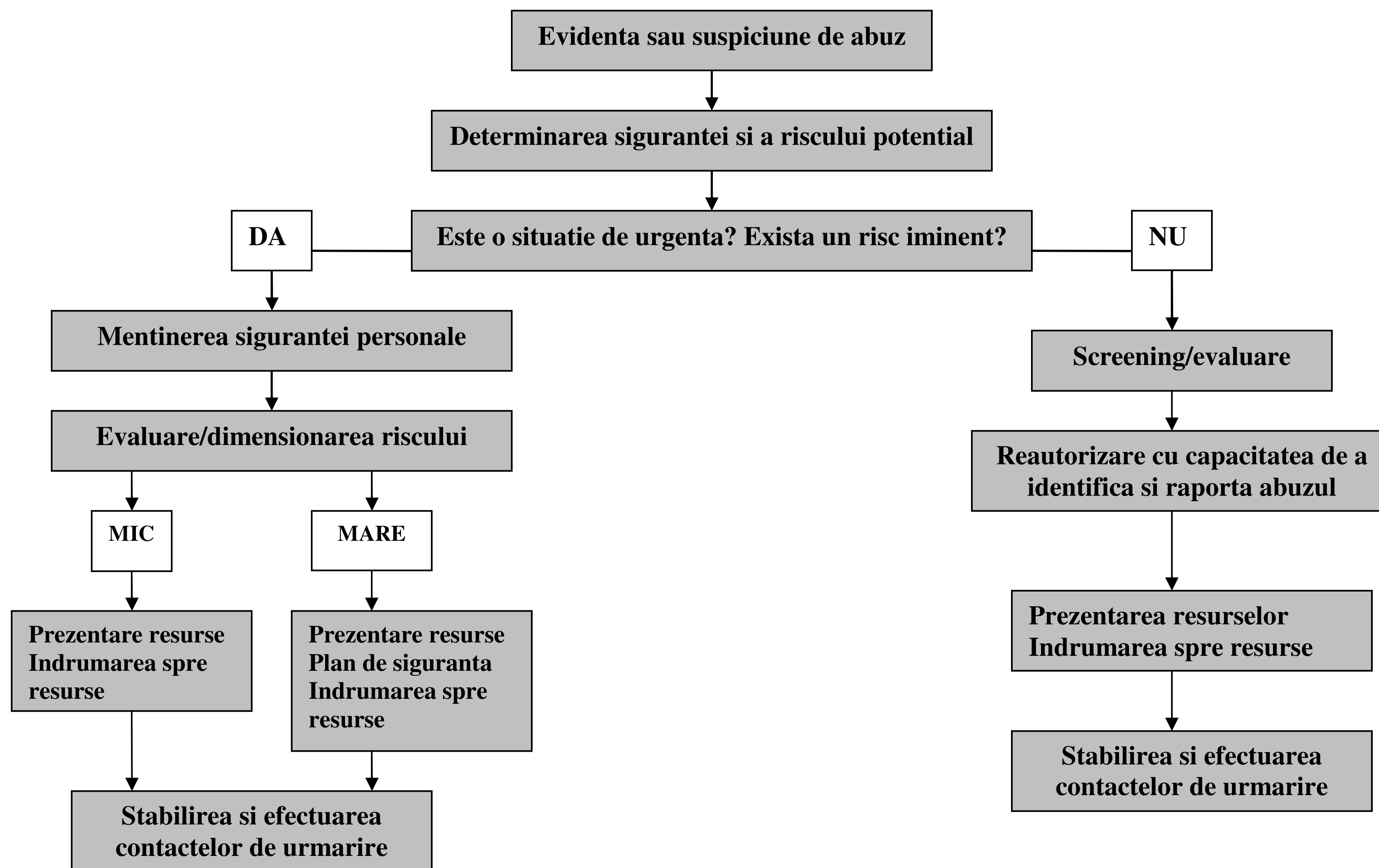


Fig. Nr. 3: Secventa activitatilor de evaluare si interventie in criza batranului abuzat

Anexa Nr. 1:

Definitia si taxonomia abuzului la batrani (Margaret Hudson, 1991)

Nivelul I: General

Violenta implicand un batran

Nivelul II: Relatiile dintre victima si faptuitor

- **auto-abuz** (auto-neglijare severa sau alte forme de abuz)
- **relatie abuziva**
  - petrecuta intr-o relatie personala/sociala
  - petrecuta intr-o relatie profesionala/de afaceri
- **crima** comisa de un strain

Nivelul III: Cat de daunator este comportamentul abuziv

- petrecuta intr-o relatie personala/sociala: **Neglijare**, **Abuz**
- petrecuta intr-o relatie profesionala/de afaceri: **Neglijare**, **Abuz**

Nivelul IV: Scopul/motivarea comportamentului abuziv

- Neglijare / Abuz: **Intentional**, **Neintentional**
- Neglijare / Abuz: **Intentional**, **Neintentional**

Nivelul V: Tipul de comportament abuziv

- **Fizic**, **Psihologic**, **Social**, **Financiar**
- **Fizic**, **Psihologic**, **Social**, **Financiar**

Abuz fata de batran: comportament daunator/agresiv/invaziv care este directionat catre un batran si care se petrece in contextual unei relatii care presupune incredere si care este suficient de frecvent si/sau intens ca sa produca efecte fizice, psihologice, sociale si/sau financiare sau suferinta, raniri, durere, pierderi si/sau violarea drepturilor umane si deteriorarea calitatii vietii pentru batran.

Anexa Nr. 2

Tacticile folosite pentru control si putere in abuzul batranilor:

Abuzul fizic
- Lovire, impingere, strangere,
- Impunerea fortata a unei poziti,
- Retinerea cu forta in scaun sau in pat.

Abuzul sexual
- Hartuire sexuala in timpul ingrijirii
- Fortarea de acte sexuale
- Fortarea batranului de a privi scene pornografice

Abuzul psihologic
- Angajarea in comportamente aberante
- Umilire publica

Abuzul emotional
- Strigate, insulte, porecle
- Blamare, umilire

Manipularea vulnerabilitatilor si neglijarea
- Ascunderea sau impiedicarea accesul la lucrurile necesare zilnice
- Refuzarea transportului
- Refuzarea furnizarii mancarii, caldurii, ingrijirii sau medicatiei
- Ignorarea cu buna stiinta a recomandarilor medicale
- Refuzarea ajutorului la imbracare sau imbracarea nepotrivita

Bararea accesului la evenimente traditionale si/sau spirituale
- Refuzarea transportul sau accesul
- Distrugerea obiectelor sau lucrurilor importante pentru spiritualitatea sau tranditiile batranului

Ridiculizeaza valorile personale sau culturale
- Lipsa de respect fata de practicile culturale
- Ignorarea valorilor batranului cand se iau decizii

Folosirea membrilor de familie
- Inducerea in eroare a membrilor de familie cu privire la conditia batranului
- Excluderea sau impiedicarea accesul familiei

Izolarea
- Controlul a ceea ce face batranul, pe cine vede si cu cine vorbeste

- Impiedicarea accesului la telefon sau scrisori

Folosirea privilegiilor
- Vorbeste in numele batranului cand se duce la doctor sau la banca
- Ia deciziile majore in numele batranului

Exploatarea financiara
- Fura bani, lucruri si alte posesii
- Abuzeaza de statutul sau sau de cel de tutore

Amenintari
- Amenintari cu parasirea sau cu suicidul
- Amenintarea cu plasarea batranului in institutii de batrani
- Abuzul si terorizarea animalelor de companie
- Aratarea armelor sau amenintarea cu arme

Anexa Nr. 3:

Scala Indiciilor abuzului (“Indicators of Abuse screen” – IOA; Reis si Nahmiash, 1998)

Scala indiciilor abuzului a fost dezvoltata sa semnalizeze tratamentul abuziv la care este supus un batran. Ea este utila unui clinician pentru a recunoaste timpuriu semnele abuzului. Aceasta scale este un sumar al semnelor de inalt risc pentru abuz si cuprinde 27 itemi.

Scala se aplica atat ingrijitorului cat si batranului care primeste ingrijirile acestuia.

Pentru discriminarea cazurilor de abuz de cele de neabuz indicatorii abuzului sunt trecuti pe doua liste in ordinea importantei, una pentru ingrijitor si alta pentru batran. Mai multi itemi sunt comuni pe cele doua liste.
Dupa un interviu extensiv cu fiecare dintre protagonisti, batranul si ingrijitorul sau, se coteaza fiecare item de pe aceste doua liste pe o scala de la 0 – 4 conform opiniei pe care ti-ai facut-o dupa acest interviu.
Scorul total al scalei poate sa se intinde de la 0 la 108.

Scorul mai mare de 16 este sugestiv pentru abuz

Scala Likert de evaluare a fiecarui item:
0 = inexistent
1 = usor
2 = moderate
3 = probabil/sever
4 = sever
00 = neaplicabil
000 = nu stiu

Scala ingrijitorului:

- Are probleme comportamentale
- Este dependent financiar
- Are dificultati mentale/emotionale
- Are probleme de abuz cu alcoolul si drogurile
- Are asteptari nerealiste
- Lipsa de intelegere a conditiei medicale
- Aversiune de a ingriji
- Prezinta conflicte maritale/familiale
- Are relatii proaste in prezent
- Lipsa de experienta in ingrijire
- Obisnuieste sa blameze pe altii
- A avute relatii proaste in trecut

Scala batranului:

- A fost abuzat in trecut
- Prezinta conflicte maritale/familiale
- Lipsa intelegerii conditiei medicale
- Este izolat social
- Lipsa de suport social
- Are probleme comportamentale
- Este dependent financiar
- Are asteptari neraliste
- Are probleme cu alcoolul si drogurile
- Are relatii proaste in prezent
- Prezinta rani sau cazaturi suspicioase
- Are dificultati mentale/emotionale
- Obisnuieste sa blameze pe altii
- Este dependent emotional
- Nu are acelasi doctor in mod regulat

Anexa Nr. 4:

Instrumentul de screening pentru identificarea riscului de abuz facut de ingrijitorii batranilor

(*Screening Tool for Identifying Elderly People at Risk of Abuse by Their Caregivers – Cohen si colab. 2006*)

Coteaza raspunsul la fiecare item in functie de cat de certa este problema legata de abuzul ingrijitorului dupa cum urmeaza:

5 = *cu cea mai mare certitudine este legat de abuz*,
4 = *cu mare certitudine este lagat de abuz*,
3 = *cu ceva certitudine este legat de abuz,*
2 = cu *mica certitudine este legat de abuz,*
1 = *nici o certitudine ca este legat de abuz sau informatie nedisponibila.*

Abuz fizic:

- Traumatisme inexplicabile sau explicatie nesatisfacatoare de cum au fost dobandite
- Hemoragie interna/ traumatisme interne
- Cicatrici vechi si noi
- Cicatrici pe ambele maini si brate
- Arsuri in locuri neobisnuite ale corpului
- Arsuri neuzuale ca forma sau sediu (arsuri de tigara, cu fierul de calcat, etc.)
- Divulgarea de episoade de abuz fizic

Abuz material:

- Neinformat sau partial neinformat sau confuz despre situatia lui financiara (fara deteriorare cognitiva)
- Incapacitate brusca de a plati sau de a cumpara alimente sau alte bunuri
- Exista o diferenta intre venitul batranului si stilul de viata
- Cand se discuta despre bani batranul devine nelinistit si temator
- Se transfera banii de la batran la alta persoana (membru de familie au ingrijitor)
- Refuzul batranului sau a altei persoane (din families au nu) de a primi asistenta in managementul banilor
- Transfer de proprietate sau bunuri de la batran la alta persoana (din families au nu)
- Interes exagerat al membrilor de familie asupra situatiei materiale a batranului
- Un membru de familie forteaza sau preseaza batranul sa-i dea bani
- Un membru de familie a preluat conducerea finantelor batranului cand se pare ca nu aceasta a fost vointa sau dorinta lui
- Divulgarea de exploatare financiara

Neglijare:

- Deshidratare
- Stare de nutritie deficitara
- Hipo/hipertermie
- Imbracaminte nepotrivita
- Dinti lipsa, ochelari nepotriviti, lipsa de aparat auditiv
- Deteriorare brusca si inexplicabila a starii de sanatate
- Lipsa de medicamente sau exagerata nevoie de medicamente neuzuale
- Divulgarea neglijarii

Abuz sexual:

- Pete sau deteriorari ale lenjeriei intime
- Dificultate de a merge sau a sta jos fara ratiuni evidente
- Dureri, arsuri sau sangerari ale organelor genitate
- Divulgarea de abuz sexual

Abuz psihologic:

- Confuzie (fara deteriorare cognitiva)
- Frica exagerata
- Lipsa de interes fata de sine si activitati sociale
- Ambivalenta fata de membrii de familie
- Apatie
- Insulte, injosiri, ignozarea nevoilor si solicitarilor batranului
- Simptome de stress
- Divulgarea de rele tratamente, injuraturi, amenintari, contentionari

Anexa Nr. 5:

Scala suspiciunii abuzului fata de batrani
(*Elder Abuse Suspicion Index –EASI*)

Nota: **Intrebarile 1, 2, 3, 4 si 5 se pun subiectului** **Intrebarea 6 se pune profesionistului** **IN ULTIMELE 12 LUNI:**			
1) V-ati bazat pe cineva pentru a face urmatoarele: baie, imbracat, cumparaturi, gatit, mers la banca sau la alte institutii?	Da	Nu	Nu s-a intrebat
2) V-a impiedicat cineva de la a manca, imbraca, a lua medicamente, ochelari, aparat auditiv sau ingrijire medicala sau a fiti cu oamenii cu care doreati sa fiti impreuna?	Da	Nu	Nu s-a intrebat
3) Ati fost suparat din cauza ca cineva v-a vorbit in asa fel incat v-ati simtit rusinat sau amenintat?	Da	Nu	Nu s-a intrebat
4) A existat cineva care v-a fortat sa semnati hartii sau sa va foloseasca banii impotriva vointei Dumneavoastra?	Da	Nu	Nu s-a intrebat
5) V-a facut cineva sa va fie frica, v-a atins intr-un mod in care nu l-ati vrut sau v-a lovit?	Da	Nu	Nu s-a intrebat
6) Profesionistului: Abuzul batranului poate fi asociat cu constatari precum: prost contact vizual, contact interpersonal greoi, proasta nutritie, igiena personala deficitara, taieturi, echimoze, imbracaminte neglijenta si nepotrivita, probleme de medicatia prescrisa. Ati constatat vreunele din acestea in ultimele 12 luni?	Da	Nu	Nu sunt sigur

Anexa Nr. 6:

Scala rapida de screening al abuzului fata de batrani
(Brief Abuse Screening for the Elderly – BASE)

Instructiuni: Va rog sa raspundeti la fiecare intrebare (asa cum estimati) privind clientul Dvs:

1. Este clientul o persoana in varsta care are un ingrijitor? _____ Da _____ Nu

2. Este clientul un ingrijitor care are in sarcina o persoana in varsta? _____ Da _____ Nu

3. Suspectezi un abuz?

i) Facut de ingrijitor (ce fel) ____

1	2	3	4	5
nu	dubios	posibil	probabil	da

ii) Facut de batran (ce fel) ____

1	2	3	4	5
nu	dubios	posibil	probabil	da

4. Daca exista vreun raspuns de la 2 la 5 la intrebarile (i) si (ii) indica ce fel de abuz este suspectat

i) fizic __________ ii) psihosocial _____

iii) financiar _____ iv) neglijare _______

5. Daca abuzul este suspectat, cat de repede estimezi ca o interventie este necesara?

1	2	3	4	5
imediat	in 24 h	24-72 h	1 sapt.	2 sau mai multe saptamani

Anexa Nr. 7:

Scala de screening a abuzului ingrijitorului
(Caregiver Abuse Screen – CASE)

Instructiuni: Aceasta scala are 8 intrebari de pus ingrijitorului, la care trebuie sa raspunda cu DA sau NU. Ingrijitorul trebuie sa completeze acest chestionar. Un scor de 4 sau mai mare poate fi considerat sugestiv pentru un risc mare de abuz.Totusi si scoruri mai mici pot fi luate in consideratie.

Va rog sa raspundeti la intrebarile de mai jos in calitatea Dvs de persoana care ingrijeste o alta persoana. Puneti numele persoanei pe care o ingrijiti intre paranteze. Raspunsul poate fi ori DA ori NU

1. Uneori aveti probleme sa controlati nervii sau agresiunea fata de(*numele persoanei*)? DA NU

2. Ati simtit adesea ca sunteti fortat sa actionati cum nu va sta in character, ori sa va faca sa va simtiti jenat? DA NU

3. Ati constatat ca este dificil sa controlati comportamentul fata de (*numele persoanei)*? DA NU

4. Uneori ati simtit ca sunteti fortat sa fiti mai dur cu (*numele persoanei)*? DA NU

5. Uneori ati simtit ca nu puteti face ce este realmente necesar sau ceea ce ar trebuie facut pentru ((*numele persoanei)*? DA NU

6. Ati simtit adesea ca trebuie sa rejectati sau ignoratati (*numele persoanei)*? DA NU

7. Adesea va simtiti asa de obosit sau extenuat ca nu puteti sa impliniti nevoile (*numele persoanei)*? DA NU

8. Adesea simtiti ca trebuie sa strigati la (*numele persoanei)*? DA NU

Scala Nr. 8:

Scala de screening a lui Hwalek-Sengstock
(Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test – HSEAST)

Instructiuni: Cititi intrebarile si furnizati raspuns la ele. Un raspuns de NU la intrebarile 1, 6, 12 si 14, un raspuns de "altcineva" la intrebarea 4 si un raspuns de DA la celelalte intrebari conduc in directia abuzului.

1. Aveti pe cineva care petrece timpul cu Dvs, va acompaniaza la cumparaturi sau la doctor?

2. Sunteti in situatia sa va ajute cineva?

3. Sunteti adesea trist si singur?

4. Cine ia deciziile despre viata Dvs, precum unde si cum trebuie sa traiti?

5. Va simtiti incomfortabil cu cineva din familia Dvs?

6. Puteti sa va luati medicamentele sau sa va deplasati singur?

7. Simtiti ca nimeni nu vrea sa va vada?

8. Cineva din familia Dvs abuzeaza de alcool?

9. Cineva din familia Dvs va face sa stati in pat sau va spune ca sunteti bolnav cand de fapt nu sunteti?

10. Va fortat cineva sa faceti lucruri pe care nu le-ati vrut?

11. V-a luat cineva lucruri sau bunuri fara sa va ceara permisiunea?

12. Aveti incredere in multi din familia Dvs?

13. V-a spus cineva ca faceti prea multe greutati?

14. Aveti destul spatiu personal acasa unde sa va tineti lucrurile si sa nu va deranjeze nimeni?

15. A incercat cineva apropiat sa va raneasca sau sa va loveasca recent?

Anexa Nr. 9:

Instrumentul de evaluare a batranului
(Elder Assessment Instrument – EAI)

Instructions: Clinicianul coteaza fiecare item din acest tabel conform informatiilor obtinute de la persoana in varsta aflata in evaluare in urma unui interviu clinic detaliat.

1. Evaluare generala	**Foarte buna**	**Buna**	**Proasta**	**Foarte proasta**	**Nu se poate evalua**
a. Imbracaminte					
b. Igiena					
c. Nutritie					
d. Integritatea pielii					
Comentarii aditionale:					
2. Indicatori posibili de abuz	**Nici o evidenta**	**Evidenta posibila**	**Evidenta probabila**	**Evidenta certa**	**Nu se poate evalua**
a. Echimoze					
b. Rani					
c. Fracturi					
d. Echimoze sau fracturi in diferite stadii de vindecare					
e. Evidenta de abuz sexual					
f. Divulgarea abuzlui de catre batran					
Comentarii aditionale:					
3. Indicatori de posibila neglijare	**Nici o evidenta**	**Evidenta posibila**	**Evidenta probabila**	**Evidenta certa**	**Nu se poate evalua**
a. Contracturi					
b. Escare					
c. Deshidratare					
d. Diaree					
e. Depresie					
f. Probleme cu dantura					
g. Malnutritie					
h. Tulburari de urinare					
i. Proasta igiena					
j. Lipsa de raspuns fata de tulburarile evidente					
k. Medicatie neadecvata					
l. Internari repetate in spital datorita lipsei de supraveghere si ingrijire a sanatatii					
m. Divulgarea neglijarii de catre batran					
Comentarii aditionale:					

4. Indicatori de posibila exploatare	**Nici o evidenta**	**Evidenta posibila**	**Evidenta probabila**	**Evidenta certa**	**Nu se poate evalua**
a. Folosire incorecta a banilor					
b. Evidenta de exploatare					
c. Cereri de bunuri in schimbul serviciilor					
d. Incapacitate de a da socoteala pentru bani/bunuri					
e. Divulgarea exploatarii de catre batran					
Comentarii aditionale:					
5. Indicatori posibili de abandonare	**Nici o evidenta**	**Evidenta posibila**	**Evidenta probabila**	**Evidenta certa**	**Nu se poate evalua**
a. Evidenta ca ingrijitorul a plecat in mod precipitat fara sa se asigure de aranjamente alternative de ingrijire					
b. Evidenta ca batranul este lasat singur intr-o conditie periculoasa pentru perioade lungi de timp fara suport adecvat					
c. Divulgarea abandonarii de catre batran					
Comentarii aditionale:					
Concluzii	**Nici o evidenta**	**Evidenta posibila**	**Evidenta probabila**	**Evidenta certa**	**Nu se poate evalua**
Evidenta de abuz					
Evidenta de neglijare					
Evidenta de exploatare					
Evidenta de abandonare					
Comentarii aditionale:					

Anexa Nr. 10:

Planul de siguranta personalizat pentru batranii care au suferit abuz

(adaptat dupa *"Personalized Safety Plan for Older Survivors of Abuse"* - National Clearinghouse on Abuse in Later Life (NCALL) A Project of Wisconsin Coalition Against Domestic Violence, Madison: Wisconsin)

Pasul 1: Siguranta din timpul incidentului violent.

Eu voi folosi una sau toate din urmatoarele tactici/strategii:

A. Daca voi decide sa plec eu voi face ________________________________. (cum voi pleca in siguranta? pe ce usa? voi folosi scarile, ascensorul? (Trebuie sa iau in considerare capacitatea mea fizica si abilitatile de a ma deplasa rapid).

B. Eu imi pastrez geanta/valiza cu lucrurile mele personale intr-un loc sigur ___________________ ca sa pot sa le iau repede cu mine si sa nu uit lucruri importante.

C. Eu pot sa vorbesc cu ________________________ despre situatia mea, ca la randul ei aceasta persoana sa fie atenta la ce se intampla cu mine si sa ceara ajutor daca nu raspund la telefon sau nu deschid usa. .

D. Eu voi folsi cuvantul/expresia_________________________ ca un cod ca sunt abuzat si am nevoie de ajutor.

E. Daca ma hotarasc sa plec, eu voi pleca _________________________________(locul) (Decide chiar daca aceasta nu se va intampla imediat) si am anuntat despre aceasta prietenii si rudele mele in care am incredere.

F. O sa comunit aceasta strategie celor in care am incredere.

G. Cand cred ca sunt pe cale sa am o cearta voi incerca sa ma duc in alta camera ca sa evit cearta (de ex. la baie, la bucatarie, in dormitor).

H. Voi incerca sa folosesc judecata si intuitia mea. Daca confruntarea este foarte serioasa voi ceda ca astfel sa ma pun la adapost de violente sau alte abuzuri si apoi voi hotara ce este de facut.

Pasul 2: Siguranta cand ma pregatesc sa plec:

Daca am hotarat sa plect voi folosi unele din aceste strategii de siguranta:

A. Eu voi lasa din timp niste bani si un rand de chei lui ___________________ca astfel sa pot pleca repede.

B. Voi pastra copii dupa documente importante sau chei in locul ______________________

C. Voi deschide un cont bancar/voi da bani lui ____________________________, pentru a fi independent financiar.

D. Voi face ca pensia sa-mi vina in alta parte ___________________ ca sa evita ca altii sa o foloseasca.

E. Numarul de la linia de criza este__________________ si ei imi vor gasi loc la un refugiu pentru batrani (am intrebat in prealabil). Pot contacta agentia locala de combatere a violentei domestice______________________ si ei pot sa-mi faca rost de adaport de urgenta.

F. Eu am in permenenta monede pentru telefonul public si/sau minute la telefonul celular ca sa fiu oricand gata sa dau un telefon daca am nevoie si sa pot vorbi lucruri confidentiale.

G. Voi intreba pe _________________ si pe ___________________ daca pot sta la ei 1-2 zile si sa-mi imprumute ceva bani in caz de forta majora.
H. Am lasat ceva haine de-ale mele la ________________.
I. Eu voi revizui in liniste planul meu de siguranta la fiecare __________________ (data).

Pasul 3: Siguranta unde locuiesc:

Eu o sa iau urmatoarele masuri ca sa sporesc siguranta mea acasa:
A. Eu o sa schimb cheile de la usa mea. O sa iau contact cu ______________ sa ma ajuta sa cumpar o noua broasca si sa o montez.
B. Eu o sa instalez un lant de siguranta la usa ca sa pot doar intredeschide usa.
C. O sa instruiesc rudele mele/prieteni de-ai mei cum sa foloseasca telefonul ca sa stie daca sunt in siguranta.
D. O sa ma asigur ca telefonul fix si/sau cel mobil functioneaza bine pentru a lua contact cu cei ce ma ajuta in caz de abuz.
E. O sa vorbesc cu vecinul_________________ca daca aude zgomote sau strigate de la mine acasa sa anunte pe________________ si sa dea telefon la Politie.

Pasul 4: Divulgarea problemelor de siguranta:

Nu voi tine ascuns nici un act de abuz drept pentru care:
A. Eu am hotarat sa divulg abuzurile la care am fost sau voi fi supus la urmatoarele persoane ____:
B. Am sa impartasesc problemele de abuz la urmatoarele institutii/servicii:
Politie___________ Serviciul de criza_______________Medicul de familie____________
Asociatia de protectia a batranilor __________________Procuratura____________________.

Pasul 6: Siguranta mea emotionala:

Voi cauta sa fiu stabil emotional si sa-mi controlez sentimentele:
A. Daca voi fi necajit si gata sa ma reintorc la situatia potential abuziva eu voi_____________
____
_

B. Cand voi vorbi cu persoana abuziva eu voi face___________________________________
____
_.

C. Voi incerca sa-mi apar punctual de vedere si sa pot spune nu cand e cazul.
D. Imi voi spune mie insumi "______________________________" cand alti vor incerca sa ma controleze sau abuzeze.
E. Alte lucruri care ma ajuta sa ma simt mai puternic sunt______________________________
____
_
F. O sa ma duc la un consilier____________________ sa ma invete cum sa depasesc problemele emotionale cu care ma confrunt intr-o situatie abuziva.

Pasul 7: Daca plec, ce trebuie sa iau cu mine:

Actele de identitate
Actele de stare civila
Actele de pensie
Actele depozitelor mele bancare
Actele de proprietate
Carnetul de sofer
Acte medicale, retete, medicamente
Ochelarii, aparatul auditiv,
Cheile de rezerva
Carnetul cu adrese
Fotografii
Obiecte cu valoare sentimentala (bijuterii, etc.)

Numerele de telefon pe care trebuie sa le stiu:

Membrii de familie____________________________
Prieteni si persoane de incredere__________________
Politie______________________________________
Linia de criza_________________________________
Doctorul de familie ____________________________
Serviciul de urgenta _____________ _____________
Asociatia de protectie a batranilor ________________
Casa de pensie_______________________________
Procuratura__________________________________
Serviciul social de la Primarie____________________
Avocatul meu _________________________________
ONG-ul pentru abuzul domestic___________________

Bibliografie:

Abrams D, Eller A, Bryant J (2006): An age apart: The effects of intergenerational contact and stereotype threat on performance and intergroup bias, Psychology and Aging, 21: 691–702.

Action on Elder Abuse (2004): Hidden Voices: Older People's Experience of Abuse.An analysis of calls to the Action on Elder Abuse helpline, London: Astral House.

Action on Elder Abuse (2010) 'What is elder abuse?' available online at http://www.elderabuse.org.uk/About Abuse/What_is_abuse define.htm.

American Medical Association, Council on Scientific Affairs (1987): Elder Abuse and Neglect, JAMA 256: 966.

American Medical Association (1992): Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect, Chicago, IL: American Medical Association.

Anetzberger GJ (1997): Elderly adult survivors of family violence: Implications for clinical practice. Violence against Women, 3 (5): 499-514.

Anetzberger G J (2000): Caregiving: Primary cause of elder abuse? Generations, 26(2): 46–51.

Anetzberger GJ (2001): Elder abuse identification and referral: The importance of screening tools and referral protocols, Journal of Elder Abuse and Neglect, 13(2): 3-22.

Anetzberger GJ (2005): The reality of elder abuse, The Clinical Gerontologist, 28(1/2): 1-25.

Anthony EK, Lehning A, Austin MJ, Peck MD (2009): Assessing elder mistreatment: Instrument development and implications for adult protective services, Journal of Gerontological Social Work, 52:815-836.

Austin MJ, Anthony EK, Lehning AJ, Peck MD (2007): Instruments for assessing elder mistreatment: Implications for adult protective services, Evidence for practice, An Executive Summary, University of California at Berkeley, School of Social Welfare (BASSC), Berkeley, CA.

Bachman R, Saltzman L (1995): Violence against Women: Estimates from the redesigned survey, Washington, D.C. Bureau of Justice Statistics.

Baker AA (1975): Granny Battering. Modern Geriatrics, August:20-24.

Beck U (1999): World Risk Society. Cambridge: Polity Press.

Beck U, Beck-Gernsheim B (2002): Individualization: Institutionalized individualism and its social and political consequences. London: Sage.

Bennett G, Levin SL, Straka S (2002): Missing voices: Views of older persons on elder abuse. Geneva: World Health Organization.

Bomba P (2006): Use of a single page elder abuse assessment and management tool: A practical clinician's approach to identifying elder mistreatment. Journal of Gerontologic Social Work, 46(3/4): 103-122.

Bonnie RJ, Wallace RB (Eds.) (2003): Elder mistreatment: Abuse, neglect, and exploitation in an aging America, Washington, DC: The National Academies Press.

Brandl B (2004): Assessing for abuse in later life, National Clearinghouse on Abuse in Later Life (NCALL): A Project of the Wisconsin Coalition Against Domestic Violence, Madison, Wisconsin.

Brandl B, Bitano-Dyer C, Heisler C, Marlott-Otto J, Stiegel L, Thomas D (2006): Elder abuse detection and intervention: A collaborative approach. New York: Springer.

Brandl B, Horan DL (2002): Domestic violence in later life: An overview for health care providers, in C Reyes et al (Eds.): Domestic violence and health care: Policies and Prevention, London: The Haworth Medical Press.

Brozowski K, Hal D (2003): Elder abuse in a risk society, Geriatrics Today, 6: 167-172.

Bugental DB, Hehman JA (2007): Ageism: A review of research and policy implications, Social Issues and Policy Review, 1(1): 173—216.

Burnight K, Mosqueda L (2011): Theoretical model development in elder mistreatment: Technical Raport, Award Number: 2005-IJ-CX-0048, The Regents of the University of California, UC, Irvine, School of Medicine, Program in Geriatrics

Burston G (1977): Do your elderly patients live in fear of being battered? Modern Geriatrics, 7: 54-5.

Butler RN (1999): Ageism: Another form of bigotry. The Gerontologist, 19(2): 234-464.

Bytheway B (1995): Ageism, Open University Press, Buckingham and Philadelphia.

Bytheway B (2005): Ageism and Age Categorization, Journal of Social Issues, 61 (2): 361-374.

Callahan JJ (1988): Elder abuse: Some questions for policymakers, The Gerontologist, 28(4): 453-458.

Canadian Centre for Justice Statistics (2000): Family violence in Canada: a statistical profile 2000, Ottawa: Health Canada.

Canadian Eleder Statistics (2009): Institute of Mariage and Family Canada, www.imfcanada.org/.../Canadian%20Elder%20Abuse%20Statistics_0...

Carney MT, Kahan FS, Paris BEC (2003): Elder abuse: Is every bruise a sign of abuse? The Mount Sinai Journal of Medicine, 70(2): 69-74.

Chawla R (1991): Dependency ratios, Canadian Social Trends, Spring, 3-5.

Cohen M, Halevi-Levin S, Gagin R, Friedman G (2006): Development of a screening tool for identifying elderly people at risk of abuse by their caregivers, Journal of Aging and Health, 18(5): 660-685.

Conrad KJ, Iris, M, Ridings JW, Rosen A, Fairman KP, Anetzberger GJ (2011): Conceptual model and map of psychological abuse of older adults, Journal of Elder Abuse and Neglect, 23:147–168.

Cooper C, Selwood A, Livingston G (2008): The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review, Age and Ageing, 37**:** 151–160.

Crichton SJ, Bond Jr.JB, Harvey CDH, Ristock J (1999): Elder abuse: Feminist and ageist perspectives, Journal of Elder Abuse and Neglect, 10(3/4): 115-130.

Cuddy AJC, Norton MI, Fiske ST (2005): This old stereotype: The stubbornness and pervasiveness of the elderly stereotype. Journal of Social Issues, 61: 267–285.

Dyer C, Rowe J (1999): Elder abuse, Trauma, 1:163-169.

Eastman M (1983): ‘Granny Battering, a Hidden Problem’, Community Care, May, 11-13.

Erlingsson CL (2007): Searching for elder abuse: A systematic review of database Citations, Journal of Elder Abuse and Neglect, 19: 59–78.

Erlingsson CL, Carlson SL, SavemanBI. (2003): Elder abuse risk indicators and screening questions: Results from a literature search and a panel of experts from developed and developing countries, Journal of Elder Abuse and Neglect, 15(3/4): 185-203.

Fitzpatrick MJ, Hamill SB (2011): Elder abuse: Factors related to perceptions of severity and likelihood of reporting, Journal of Elder Abuse and Neglect, 23:1-16.

Fulmer T (2003): Elder abuse and neglect assessment, Journal of Gerontological Nursing, 29(6): 4-5.

Giddens A (1999): Runaway world: How Globalization is reshaping our lives. London: Profile Books.

Hagestad GO, Uhlenberg P (2005): The Social separation of old and young: A root of ageism, Journal of Social Issues, 61 (2): 343—360.

Harbison J, Morrow M (1998): Re-examining the social construction of elder abuse and neglect: A Canadian perspective, Ageing and Society, 18**:** 691-711.

Higgs P (1995): Citizenship and old age: the end of the road. Ageing and Society, 15: 535-550.

Hwalek M, Goodrich CS, Quinn K (1996): The role of risk factors in health care and adult protective services, in LA Baumhover & SC Beall (Eds.): Abuse, neglect and exploitation of older persons, Baltimore: Health Professions Press.

Hudson MF (1991): Elder mistreatment: A taxonomy with dwefinitions by Delphi, Journal of Elder Abuse and Neglect, 3(2): 1-20

Hudson MF, Carlson JR (1998): Elder abuse: expert and public perspectives on its meaning, Journal of Elder Abuse and Neglect, 9(4): 77-97.

Kosberg JI, Garcia JL (Eds.) (1995): Elder Abuse in international and cross-cultural perspective. New York: The Haworth Press.

Kosberg JI, Lowenstein A, Garcia JL, Biggs S (2003): Study of elder abuse within diverse culture, Journal of Elder Abuse and Neglect, 15(3-4): 71-89.

Krienert JL, Walsh JA, Turner M (2009): Elderly in America: A descriptive study of elder abuse examining National Incident-Based Raporting System (NIBRS) data, 2000-2005, Journal of Elder Abuse and Neglect, 21: 325-345.

Kurrle S, Naughtin G (2008): An overview of elder abuse and neglect in Australia, Journal of Elder Abuse and Neglect, 20(2): 108-125.

Kurrle S, Sadler P (1994): Assessing and managing abuse of older people: a handbook for the helping professions, Office on Ageing & Alpha Biomedical Communications, Sydney

Kurzban R, Leary MR (2001): Evolutionary origins of stigmatization: The functions of social exclusion. Psychological Bulletin, 127: 187–208.

Lachs M, Williams C, O'Brien S, Pillemer K, Charlson M (1998): The mortality of elder mistreatment, Journal of the American Medical Association, 280(5): 428-432.

Levy BR, Banaji MR (2002): Implicit ageism, in TD Nelson (Ed.): Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons, Cambridge, MA: MIT Press.

Loue SJD (2001): Elder abuse and neglect in medicine and law, The Journal of Legal Medicine, 22:159–209.

Lowenstein A (2009): Elder abuse and neglect—"Old Phenomenon": New directions for research, legislation, and service developments, Journal of Elder Abuse & Neglect, 21: 278–287.

Marshall CE, Benton D, Brazier JM (2000): Elder abuse: Using clinical tools to identify clues of mistreatment, Geriatrics, 55(2): 42-44, 47-50, 53.

McCreadie C (1996): Elder abuse: update on research. London: Age Concern, Institute of Gerontology, King's College London.

McDonald L (2011): Elder abuse and neglect in Canada: The glass is still half full, Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement, 30(3): 437-465.

National Center on Elder Abuse (1998): The National Elder Abuse Incident Study. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.

National Center on Elder Abuse (2010): Frequently asked questions: What is elder abuse? http://www.ncea.aoa.gov/NCEAroot/Main_Site/ FAQ/Questions.aspx

National Clearinghouse on Abuse in Later Life (2006): Abuse in later life, Madison: Wisconsin, http://www.ncall.us.

National Survey on Elder Abuse and Neglect in Israel (2004), www.eshelinfo.org.il.

Neale AV, Hwalek MA, Scott RO, Stahl C (1991): Validation of the Hwalek-Sengstock elder abuse screening test, Journal of Applied Gerontology, 10(4): 406-415.

Nelson TD (2005): Ageism: Prejudice against our feared future self, Journal of Social Issues, 61(2): 207—221.

Nolan M (1993): Carer-dependent relationship and the prevention of elder abuse, in P Declamer and F Glendenning (Eds.): The Mistreatment of Older People, London: Sage.

O'Brien JG (2010): A physician's perspective: Elder abuse and neglect over 25 years, Journal of Elder Abuse and Neglect, 22: 94–104.

O'Keeffe M, Doyle M, McCreadie C, Scholes S et al. (2007): UK Study of Abuse and Neglect of Older People: Prevelance Study Report, London: National Centre for Social Research.

Palmore E (2003): Ageism: Negative or Positive. 2nd Edition, New York: Springer Publishers.

Perel-Levin S (2008): Discussing screening for elder abuse at primary health care level, World Health Organization, Switzerland: Geneva.

Pillemer K, Suitor JJ (1992): Violence and violent feelings: What causes them among family caregivers? Journal of Gerontology, 47(4): S165-S172.

Ploeg J, Fear J, Hutchison B, MacMillan H, Bolan G (2009): A systematic review of interventions for elder abuse, J ournal of Elder Abuse and Neglect, 21(3): 187- 210.

Podnieks E, Penhale B, Goergen T, Biggs S, Han D (2010): Elder Mistreatment: An International Narrative, Journal of Elder Abuse and Neglect, 22:131–163.

Post L, Page C, Conner T et al (2010): Elder abuse in long-term care: Types, patterns, and risk factors, Research on Aging 32(3): 323–348.

Pritchard J (2001): Male victims of elder abuse. London: Jessica Kingsley.

Pryor JB, Reeder GD, Yeadon C, Hesson-McInnis, M. (2004): A dual-process model of reactions to perceived stigma. Journal of Personality and Social Psychology, 87: 436–452.

Ramsay J, Richardson J, Carter YH et al. (2002): Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review, British Medical Journal, 325: 314–326.

Ramsey-Klawsnik H (2000): Elder-abuse offenders: A typology, Generations, 24(2): 17-22.

Reis M, Nahmiash D (1995): Validation of the caregiver abuse screen (CASE). Canadian Journal on Aging, 14: 45-60.

Reis M, Nahmiash D (1998): Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. The Gerontologist, 38: 471-480.

Riggs DS, O'Leary KD (1996): Aggression between heterosexual dating partners: An examination of a causal model of courtship aggression, Journal of Interpersonal Violence, 11: 519–540.

Rosenblatt DE, Cho KH, Durance PW (1996): Reporting mistreatment of older adults: The role of physicians. Journal of the American Geriatrics Society, 44: 65–70.

Sijuwade PO (2009): Attitudes towards old age: A study of the self-image of aged, Studies on Home and Community Science, 3(1): 1-5.

Spangler D, Brandl B (2007): Abuse in later life: power and control dynamics and a victim-centered response, Journal of America Psychiatric Nurses Association, 12(6): 322-331.

Stein KF (1991): A national agenda for elder abuse and neglect research: issues and recommendations. Journal of Elder Abuse and Neglect 3: 91-108.

Turner J (1995): Canadian Social Welfare. Allyn and Bacon Canada, Scarborough, Ontario.

United Nation (1991): Principles for Older Persons, Adopted by General Assembly resolution 46/91 of 16 December 1991

United Nation (2007): Report on the fortieth session of the Commission on Population and Development, (10 May 2006 and 9-13 April 2007), Economic and Social Council Official Records, 2007, Supplement No. 5 (E/2007/25), Geneva, Switzerland.

United Nation (2009): World Population Ageing – 2009, Department of Economic and Social Affairs Population Division, Geneva, Switzerland.

Walsh CA, Olson JL, Ploeg J, Lohfeld L, MacMillan HL (2011): Elder abuse and oppression: Voices of marginalized elders, Journal of Elder Abuse and Neglect, 23:17–42.

Warshaw C (1993): Domestic violence: challenges to medical practice. Journal of Women's Health, 2: 73–80.

Wolf RS (1997): Elder abuse and neglect: An update, Reviews in Clinical Gerontology, 7: 177-182.

Wolf RS (2000): Introduction: The nature and scope of elder abuse, Generations, 24(2): 6-12

Wolf RS, Pillemer K (1989): Helping elder victims: The reality of elder abuse, Worcester, MA: University Center on Aging, University of Massachusetts Medical Center.

World Health Organization/INPEA (2002): Missing voices: Views of older persons on elder abuse. Geneva, World Health Organization.

Yaffe MJ, Wolfson C, Lithwick M, Weiss D (2008): Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI), Journal of Elder Abuse and Neglect, 20(3): 276-300.

5. Evaluarea si interventia in criza data de doliu

Cuprins:

Pierderea unei persoane dragi este o experienta universala pe care marea majoritate a oamenilor au trait-o sau o vor trai pe parcursul existentei. Multi dintre ei vor depasi prin puterile proprii aceasta teribila incercare, dar o parte importanta din ei vor avea nevoie de un ajutor pentru a depasi consecintele psihologice ale doliului. Indiferent daca vor trece singuri sau cu ajutorul altora peste pierdere, oamenii nu vor mai fi niciodata la fel ca inaintea acesteia.

1. Scurta nota cu privire la terminologia internationala:

Trebuie sa spun ca de la inceput m-am confruntat cu unele probleme de vocabular atunci cand am vrut sa trec in revista literatura stiintifica internationala si sa o utilizez in redactarea acestui capitol care sa adreseaza, ca si intrega carte, lucratorului din programul de criza din Romania. Sunt constient ca cel mai mare pericol este de a privi aceasta activitate doar ca apartinand unui anumit spatiu lingvistic si desfasurandu-se doar in cadrul unor narative istorico-culturale. Aceasta nu ne-ar face decat sa ne izolam intr-o atitudine etnocentrica care refuza absorbtia studiilor internationale dintr-un sentiment de auto-suficienta. Iata de ce o sa incerc sa spun cum am echivalat termenii internationali cu cei din limba romana.

In limbajul profesional international, centrat pe limba engleza, limba in care se publica majoritatea covarsitoare a jurnalelor stiintifice, conceptul central este cel de "*grief*" care desemneaza procesul psihologic normal prin care trece o persoana care a pierdut ceva important de care era atasat, proces prin care persoana intelege, accepta si merge mai departe. Dupa Kastenbaum (1998) *grief*-ul este "felul cum o persoana simte, gandeste, mananca, doarme si actioneaza zilnic". Ce s-a pierdut poate fi o fiinta draga, un animal de companie, o pozitie social-economica importanta (de ex. serviciu), o posesie cu valoare utilitara mare (de ex. o casa, bani) sau emotionala (de ex. verigheta), functionala (pierderea unui picior, a unui ochi, etc.) sau simbolica (de ex. reputatia). Pierderea propriu-zisa se desemneaza prin termenul de "*bereavement*" care inseamna o deposedare de ceea ce iti era drag, in timp ce termenul de "*grief*" se refera la necazul si durerea ce rezulta din pierderea propriu-zisa (Genevro, Marshall, Miller, & Center for the Advancement of Health, 2004). In lucrarea de fata am utilizat acesti termeni intersanjabil, echivalandu-i cu termenul de "pierdere" din limba romana, desi sunt situatii cand ar fi necesar din punct de vedere stiintific sa facem o

deosebire intre pierdere ca o situatie imediata, mai mult sau mai putin neasteptata, cu care se confrunta cineva si procesul de pierdere care reprezinta travaliul prin care un individ il strabate pana cand isi revine din durerea sa. Procesul de pierdere este reprezentat de stradania de coping a individului confruntat cu o pierdere, proces care ne permite sa ne recuperam si sa continuam sa traim normal in ciuda pierderii a ceva sau cineva drag. El este important pentru ca permite individului sa-si exprime sentimentele si astfel sa primeasca suport de la altii si pe aceasta cale sa recunoasca si sa accepte ceea ce s-a pierdut pentru totdeauna. Mai simplu este cu termenul de doliu care corespunde cuvantului "*mourning*" din limba engleza si care desemneaza felul cum persoana integreaza pierderea in viata curenta (DeSpelder si Strickland, 2005). Aici este vorba atat de expresia exterioara a pierderii (de ex. ritualuri de inmormantare, ceremonii de aducere aminte, imbracaminte specifica, toate specifice unei culturi anume) cat si de felul cum pierderea se reflecta in viata curenta a persoanei. In limbajul laic, atat in limba engleza cat si in limba romana, acesti termini sunt luati ca avand acelasi inteles, exprimand tristetea, mahnirea, durerea, disperarea si dorul fata de ceea ce s-a pierdut. Pe parcursul acestui capitol, uneori o sa folosesc termenul de doliu intr-o acceptiune mai larga, cu acelasi inteles ca si termenul de pierdere.

Este important sa discutam despre limbajul folosit cand vorbim de aceste lucruri pentru ca exista o tensiune intre discursul stiintific si cel natural, laic, din cauza ca pierderea este descrisa de profesionisti in limbaj tehnic, psihologizant, iar oamenii obisnuiti continua sa vorbeasca despre pierdere intr-un vocabular romantic si spiritual (Valentine, 2006).

2. Istoria conceptului de pierdere/doliu:

Istoria felului cum oamenii au interpretat moartea se intinde de la a o percepe ca ceva natural, care se petrece cu oricine in natura, pana la ceva psihologic, ca ceva care are o semnificatie doar pentru oameni, o semnificatie aditionala, care s-a atasat celei naturale. Aceasi traectorie o parcurge si reactia de pierdere, de la ceva natural si inexorabil la ceva specific, emotional, ca mai apoi sa se indrepte catre patologizare, oamenii de azi trebuind sa apeleze la specialisti pentru a rezolva pierderea si sa se reintoarca la rationalism, functionalism si eficienta (Zisook si Shuchter, 2001). Am putea imparti istoria conceptului in patru faze: epoca timpurie, cand s-a identifict pierderea ca o experienta umana specifica, epoca romantica in care conceptului de pierdere i s-au atasat emotii si sentimente

caracteristice, epoca moderna care a descris pierderea in termeni psihologici si medicali si epoca post-moderna in care deznodamantul normal al pierderii este relativizat ca o posibilitate din multe altele, fara a se putea impune un model universal de traire si interpretare a pierderii.

Mai mult ca sigur ca reactia la pierdre a fost o problema pentru oameni mult mai inainte ca aceasta sa apara ca atare in lexiconul stiintific. In cartea lui Robert Burton, "*The Anatomy of Melancholy*" publicata in prima editie in 1621 se vorbeste pentru prima oara de pierdere ca si concept bine delimitat. El spunea ca pierderea este o melancolie trecatoare care poate afecta pe oricine si o descrie ca o "tortura a sufletului" cu tristete, frica, durere sufleteasca si chiar perturbari ale mintii. Dupa el doliul poate conduce chiar la moarte. Se considera ca Burton a fost primul care a descris pierderea in termeni psihologici (dupa Granek, 2010).

In America scolului XIX, Dr. Benjamin Rush, considerat parinte ale psihiatriei americane si a carui imagine apare pe sigla Asociatiei Psihiatrilor Americani, includea pierderea printre tulburarile mentale in a sa "*Medical Inquiries and Observations upon the Diseases of the Mind*" aparuta in 1812 si pe care o trata cu opium, luare de sange si purgatie cu calomel (http://deila.dickinson.edu/theirownwords/title/0034). Este epoca romantica care considera ca in adancul fiintei salasuieste sufletul, sursa a dragostei, a inspiratiei creative si a genialitatii. Dragostea ocupa locul central in stradania individului, liantul etern al familiei si pieteniei. Pe acest fundal pierderea unei fiinte iubite avea o semnificatie si expresie speciala care apare transpusa ca atare in literatura si muzica sec. XIX. Rosenblatt (1983) studiaza 56 de jurnale personale din sec. XIX pentru a vedea cum este prezentat travaliul de doliu la acestia si gaseste ca prezenta fiintei iubita continua si dupa moarte acesteia in multe feluri in viata celui care supravietuia. In aceste jurnale se poate vedea ca modurile cele mai utilizate de a tine persoana disparuta in contact cu supravuituitorii erau: rugaciunea pentru persoana disparuta prin care i se dorea liniste, bucurie si chiar sanatate, dorinta de a se reuni cu persoana disparuta, dorinta de a readuce persoana disparuta inapoi, comunicarea cu persoana disparuta sau cu "spiritual" ei. In aceasta epoca doliul era considerat o "*inima franta*" fata de epoca moderna cand doliul este doar o "*legatura rupta*" (Stroebe si colab. 1992).

Interesant este de amintit ca desi Darwin a trait in epoca romantica el a vorbit despre pierdere in alti termeni in carta sa despre emotii "*The Expression of the Emotions in Man and*

Animals" (1872). Aici el descrie in detaliu expresiile depresiei si pierderii, incepand cu fizionomia fetei si terminand cu sentimentele traite cu aceasta ocazie. El face distinctia intre reactia de pierdere active, ca o stare emotionala agitata si pierderea pasiva care se aseamana mai mult cu depresia, dar care are o cauzalitate diferita. El include pierderea in capitolul 7 al cartii, consacrat "dispozitiei joase' impreuna cu anxietatea, tristetea si disperarea.Tot el mentioneaza ca reactia de pierdere exista si la mamiferele superioare, precum maimutele (http://darwin-online.org.uk/content/frameset?itemID=F1142&viewtype=text&pageseq=1).

O abordare mult mai completa a pierderii o face A.F. Shand la inceputul secolului XX in lucrarea "*Foundation of Character*". El descrie patru tipuri de reactie la pierdere: activ-agresiv fata de lumea din jur, depresiv si fara energie, cu pierderea auto-controlului si agitat. Tot el recunoaste ca individul are nevoie de suport social pentru a se recupera dupa trauma pierderii (Kenna, 1961).

Freud este cel care face o analiza psihologica complexa a pierderii in lucrarea "*Mourning and Melancholy*" (1917). Pentru Freud pierderea si doliul sunt concepute ca un proces prin care o persoana ce a fost deposedata de ceva drag si scump se adapteaza la pierderea prin sublimarea energiei emotionale in efortul de a se dezangaja de persoana care a murit si a reinvesti intr-o noua relatie sau in altceva (Clewell, 2004). Importanta conceptiei freudiene asupra studiului pierderii este esentiala pentru ca a condus la "psihologizarea" pierderii si apoi la preluarea conceptului de catre psihiatrii care l-au dus mai departe spre "patologizarea" lui cu toate ca nu aceasta ar fi vrut Freud; pentru el experientele vietii de zi cu zi, sanatatea si boala sunt pe un continuu iar travaliul pierderii este doar un proces activ de dezangajare emotionala de persoana disparuta, dar nu este nicidecum o boala. Illouz (2008) spunea ca ceea ce este extraordinar la Freud este ca "*a permis ca lucruri comune, fara o semnificatie deosebita sa capete un inteles deplin in formarea selfului*". Freud face diferenta dintre durerea la moartea unei fiinte dragi pe care o defineste ca "doliu" si durerea dupa alt gen de pierderi precum separarea sau divortul pe care o defineste "melancolie". Pentru el doliul este o reactie psihologica normala, in timp ce melancolia, desi are acelasi aspect, poate conduce la o tulburare mentala. Freud spunea: "*In doliul noi consideram ca inhibitia si pierderea interesului sunt pe deplin justificabile de travaliul doliului in care eul este absorbit. In melancolie, pierderea va conduce la un rezultat similar…diferenta este ca inhibitia melancolicului pare de neinteles pentru noi, cei care nu putem vedea ce se petrece*

cu eul de este asa de absorbit de acest travaliu". Mai tarziu, pe la mijlocul secolului XX, discipoli ai teoriei freudiane, precum Helene Deutsch si Melanie Klein merg mai departe contsiderand ca exista posibilitatea ca travaliul de pierdere sa se prelungeasca si sa devina cronic sau sa se distorsioneze si sa devina patologic. Deutsch (1937) spunea: "procesul de doliu ca reactie la pierderea reala a unei persoane iubite trebuie sa continue pana la rezolutie. Atata timp cat atasamentul libidinal sau agresiv persisita, durerea continua sa creasca sau altfel spus, atasamentul este nerezolvat atata timp cat procesul afectiv de doliu nu este implinit" (citat dupa Graneck, 2010). Melanie Klein poate fi considerata ca initiatoarea curentului de patologizare a pierderii, ea considerand ca doliul are totdeauna ceva patologic in sine si ca el poate fi comparat cu separarera copilului de mama, pentru ca activeaza mecanisme psihotice tranzitorii de tip maniaco-depresiv. (Klein, 1994) Lucrarile ei despre separare fac tranzitia istorica de la interpretarea doliul si pierderea in termeni psihologici la interpretarea lor in termeni psihiatrici.

Erich Lindemann (1944) a fost primul psihiatru care a facut un studiu sistematic asupra pierderii, intervievand 101 subiecti care au trait recent o pierdere importanta. El a considerat ca pierderea este un sindrom cu simptome psihologice si semne somatice care pot evolua normal spre remitere sau anormal spre o tulburare mentala care trebuie abordata ca oricare alta tulburare mentala, iar psihiatrii trebuie implicati in managementul pierderii ca si experti. El spunea ca un management corect al pierderii poate preveni evolutia ei spre o conditie psihiatrica serioasa si indica ca focusul sa fie indreptat nu spre cei care au o reactie zgomotoasa, ci, din contra, catre cei care au reactii tacute sau intarziate care pot declansa pe neasteptate stari anormale de doliu. Linemann considera ca psihiatrii sunt cei care trebuie sa monitorizeze reactia de doliu si sa se asigura ca ea nu evolueaza spre o tulburare psihiatrica severa. Punand accentual pe rolul expertului, Lindemann marginaliza rolul traditional al altor personaje, precum clerici, lucratori comunitari si chiar familia in revenirea de dupa pierdere.

In contextual teoriei psihodinamice, Bowlby, parintele teoriei atasamentului, elaborareaza o teorie explicativa a pierderii, afirmand ca normalitatea reactiei de pierdere depinde de modul in care legatura de atasament a fost organizata in decursul formarii timpurii a relatiei dintre copil si mama (Fraley si Shaver, 1999). Bowlby conceptualizeaza doliul ca o forma de separare anxioasa in care individul restaureaza proximitatea cu persoana

pierduta in mod nefunctional si distorsionat, trecand prin manie si disperare pana cand speranta de a regasi persoana pierduta este treptat abandonata (Stroebe si colab. 1992). Bowlby identifica relatia dintre circumstantele pierderii si caracteristicile, intensitatea si durata procesului de doliu si descrie patru faze procesului firesc de doliu: faza de soc, faza de cautare si dor intens, faza de disperare si dezorganizare si faza de reorganizare si revenire. . Aceasta teorie a contribuit si ea la psihologizarea reactiei de pierdere ca si celelalte teorii explicative ale sec. XX.

Collin Murray Parkes este un remarcabil psihiatru britanic, elev a lui Bowlby, care a marcat cu lucrarile lui istoria stiintifica a conceptului de pierdere. El a condus numeroase studii empirice care au pus bazele descrierii simptomatologice a pierderii ca entitate clinica. El a furnizat in continuare argumente pentru "patologizarea" pierderii, vorbind despre pierdere ca o boala in sine care se prezinta ca o problema psihologica si solicita o solutie psihiatrica (Parker, 1964, 1965). Tot el s-a focalizat pe studiul simptomelor somatice ale pierderii si a sugerat ca indivizii care au suferit o perdere au o rata de morbiditate si mortalitate prin boli somatice.

In nosologiile oficiale americane pierderea necomplicata apare prima oara in DSM-III (1980) si DSM-III-R (1987), atat la al V-lea cod (conditii care nu sunt legate de o tulburare mentala) precum si ca un criteriu de excludere pentru episodul de depresie majora. In DSM-IV (1994) pierderea necomplicata ramane ca si criteriu de excludere pentru episodul major de depresie si ca eveniment de viata care poate fi subsumat diagnosticului de tulburare de adaptare sau de depresie. Se preconizeaza ca in DSM-5 criteriul de excludere al pierderii pentru diagnosticul de depresie majora sa dispara si atunci clinicienii ar fi incurajati sa puna diagnosticul de depreise peste un tablou de pierdere care prezinta simptome asemanatoare.

Tentatia psihologizarii si medicalizarii pierderii a condus la descrierea ei in termeni de simptome, criterii de includere si excludere, de evolutie stadiala si faze, la conturarea de prescriptii terapeutice si a notiunii de recuperare si remitere a doliului. Mai mult, descrierea pierderii in acest vocabular a suprasimplificat experienta doliului si a lasat sa se creada ca pierderea este "universala", adica traita in mod uniform pe pamant, de unde tipizarea interventiilor terapeutice. Aceasta abordare s-a dovedit puternic reductionista ducand la prioritizarea unor nevoi ale celui care traieste pierderea ca si la discreditarea si patologizarea altora ca si cum cineva trebuie sa intre intr-un tipar ca sa fie acceptat ca atare.

In timp ce profesionistii sanatatii mentale cautau criterii de diagnostic si mijloace terapeutice pentru pierdere si doliu, sociologii si antropologii au incercat sa de-construiasca conceptul de pierdere, mutand accentual de pe separare pe autonomie si individualizare. Klass si colab. (1996) nu cred ca pierderea se rezolva vreodata, procesul este mai degraba o negociere si renegociere a intelesului pierderii peste timp. "*In timp ce moartea este permanenta si neschimbabila, procesul doliului nu este la fel*", spuneau ei. Procesul de pierdere si doliul sunt vazute ca mentinand prezenta celui care a decedat in reteaua si tesutul familiei si a relatiilor sociale. Din punct de vedere existential pierderea epitomizeaza confruntarea puternica a doua pozitii existentiale: moartea si relatia si astfel este fascinanta intrebarea: "*cum de ramanem deschisi fata de altii, formam legaturi cu ei, cautam compania lor, ne indragostim cunoscand ca intr-o zi vom muri*?"…

In ultimele doua decenii, in buna traditie Foucauldiana, unii teoreticieni ai conceptului de pierdere vorbesc de "disciplinarea doliului" (Foote si Frank, 1999). Ei vad in psihologizarea doliului un mod de a face ca individul sa se conformeze normelor sociale. Aici nu este vorba de coercitie ci de un lucru mai subtil prin care "puterea" exercita controlul incurajand auto-ingrijirea si auto-ameliorarea, interventii pe care Foucault le includea in "technologiile selfului" care au ca scop tinerea reactiei pierderii intr-un context terapeutic. Dupa Foote si Frank (1999): "*Societatea cauta sa disciplineze doliul ca o parte a politicii de a mentine o granita intre viata si moarte prin medicalizarea doliului*". Pe de alta parte, societatea post-moderna ne incurajeaza sa construim intelesul existentei in functie de ce ni se pare evident si in ce credem ca este adevarat, aceasta ducand la constructia "adevarului" in moduri diferite, individuale care epistemologic sunt echivalente. In acest fel pot sa existe concomitent mai multe moduri "adevarate" de intelegere a realitatii, creiate in contextul particular social, istoric, cultural si familial al fiecarui individ in parte, deci mai multe moduri de a intelege moarte, de a trai doliul si de a mentine relatia cu persoana care nu mai este. Construirea intelesului mortii si a doliului devine o problema individuala pe care medicalizarea doliului cauta sa o uniformizeze si sa o tina sub control (Neimeyer, 2001) sau sa o "disciplineze si institutionalizeze" prin intermediul unui vocabular specific si astfel sa o tina ostateca in contextual unei actiuni asa-zise terapeutice (Foote si Frank, 1999). Angajarea activa, empatica si reflexiva a profesionistului in contact cu cel ce traieste doliul conduce la

capturarea modului cum subiectul isi construieste realitatea si intelesul pierderii, primul pas spre o interventie umanista si eficienta.

Medicina continua insa sa-si exercite influenta si sa faca o relatie de coniventa cu "puterea" in sens Foucauldian construind justificari aditionale pentru a aduce reactia de pierdere cat mai aproape de depresie si a o mentine "medicalizata". In proiectul pentru DSM-5 Prof. Jerome Wakefield spune: "*Oamenii care au simptome depresive ca parte a doliului lor vor fi acum diagnosticati ca avand tulburare mentala*". Asta inseamna ca 2-4 milioane de americani pot primi acest diagnostic in fiecare an! La fel, doliul apare in proiectul DSM-5 ca facand parte si din tulburarea de adaptare si Prof. Wakefild spune mai departe: "*este pentru prima oara cand semtimentele de doliu – nu simptomele depresive – au fost inregistrate ca patologie. Practic fiecare individ care este in doliu poate face parte din aceasta categorie. Se transforma relatia noastra cu doliul*"(www.dsm5.org). Medicalizarea doliului ii sugereaza individului aflat in aceasta situatie sa caute un ajutor specializat, sa ignore rolul traditional al familiei si prietenilor in rezolvarea naturala a pierderii, alterand astfel si mai mult naturaletea si spontaneitatea relatiilor interumane. Iata ce l-a facut pe Philip Fisher sa spuna in cartea sa "*The Vehement Passion*" (2002) ca patologizarea doliului este ultimul act din traditia lamentabila a civilizatiei westice: "*ideile de doua mii de ani de viata vesnica si de stoicism ne-au impins impotriva legitimizarii doliului, a imaginarii pierderii personale si a mortalitatii pe care doliul ne-o pune in fata, nu ca o ideie ci ca o experienta emotionala si fizica profund umana* ".

3. **Modelele pierderii:**

Modelele teoretice, explicative ale pierderii au urmat evolutia istorica a conceptului de pierdere, de la psihologizare, patologizare si medicalizare pana la teoriile post-moderniste. Ele au izvorat din dorinta de a oferii unui suport teoretic metodelor de interventie si terapie.

3.1. Modelul psihanalitic:

Freud considera ca scopul doliului psihologic este de a ajuta individul sa-si recupereze energia emotionala investita in persoana disparuta ("cathexis") si astfel sa devina detasata de aceasta ("decathexis"). El credea ca prin travaliul de doliu persoana

supravietuitoare trece in revista gandurile si amintirile legate de persoana disparuta (hypercathexis”), iar prin acest proces dureros dobandeste detasarea necesara si legaturile cu persoana disparuta devin mai laxe. Freud schiteaza unele idei din care ulterior se vor naste alte modele. Astfel el intelege procesul de pierdere ca un proces transformational, generational. Astfel, Freud considera procesul de doliu ca un proces adaptativ de raspuns la pierderea unui “obiect drag” prin care se reconstruieste relatia cu acesta si se restaureaza o pace a mintii, pace care tradeaza faptul ca individual a acceptat realitatea pierderii (Kastenbaum, 1998). Freud credea ca doliul semnifica faptul ca noi vrem sa perpetuam dragostea fata de persoana pierduta. El nu credea in posibilitatea ca persoana supravietuitoare sa se reintoarca total la situatia anterioara pierderii, pentru ca relatiile cu ce s-a pierdut nu se vor sterge niciodata. Freud spunea: “*Desi noi intelegem ca starea acuta de doliu se va stinge treptat, stim totusi ca vom ramane de-a pururi neconsolati si ca nimic nu va inlocui persoana disparuta. Indiferent ce va umple golul lasat de ea, niciodata acest gol nu se va umple complet, datorita faptului ca dragostea fata de persoana disparuta nu va dispare*” (citat de Mallon, 2008).

3.2. Modelul atasamentului:

John Bowlby (1973) a formulat teoria atasamentului in deceniul al 6-lea a secolului trecut. El a studiat impactul pe care-l are asupra copiilor mici separarea de mama si a considerat aceasta ca o reactie la pierdere. Bowlby considera ca principalul rol al legaturii de atasament este furnizarea sigurantei. iar reactia de pierdere ca un raspuns adaptativ care ar include atat pierderea actuala cat si experienta pierderilor anterioare. El descria patru faze ale doliului care uneori se pot suprapune: soc, dor intens si protest, disperare si revenire. Ulterior acest model a fost dezvoltat de Mary Ainsworth. Ea a mers mai departe facand o corelatie intre modul de constituire timpurie a legaturilor de atasament intre parinti si copil si expresia doliului de mai tarziu. Astfel Ainsworth considera ca exista doua feluri de legaturi de atasament, sigure si nesigure. Cele sigure, care conduc al increderea in alti si la modalitati adaptative de a depasi separarea si doliul. Legaturile de atasament nesigure pot fi de mai multe feluri: (i) atasamentulul anxios-ambivalent care genereaza o reactie prelungita de doliu, (ii) atasamentul evitant care conduce la un doliu cu sentimente puternice de vinovatie si auto-repros si (iii) atasamentul dezorientat si dezorganizat care genereaza doliu cu anxietate,

panica si consum de alcool (Ainsworth si colab. 1978). Izvorata tot din teoria atasamentului este si viziunea dezvoltata de Hogan si DeSantis (1996) care au arata ca in familie se continua legatura de atasament cu unul din membrii sai chiar dupa decesul acesteia. Studiile lor au relevant ca revenirea din doliul nu presupune ruperea legaturilor cu cel decedat, ci din contra, mentinerea lor in narativele familiei.

3.3. Modelul tranzitiei psiho-sociale a lui Parkes:

Colin Murray Parkes este elevul lui Bowlby si modelul lui porneste de la cel al atasamentului, la care adauga influenta societatii si culturii in care s-a format si traieste subiectul. El introduce conceptual de "lume ipotetica" care este lumea care s-a internalizat de-a lungul existentei noastre si prin care dam sens experientelor noastre ulterioare. Lumea ipotetica este lumea noastra interna plina de prezumptii si asteptari prin care noi recunoastem ceea ce intalnim si putem sa facem fata neprevazutului, ea este cea care ne ofera credintele fundamentale, precum ca lumea este frumoasa, pietenoasa, merita sa fie traita si ea ne implineste. Parkes spune ca in doliu noi trebuie sa facem fata unei discrepante majore intre realitate si lumea ipotetica din noi, pierderea conduce la sfaramarea imaginii ipotetice a lumii. Oamenii se simt nesiguri si infricosati sa faca ajutari lumii noastre ipotetice pentru ca aceste ajustari vor duce la schimbare psihosociala si incertitudine. Oamenii au nevoie de un sprijin de a reconstrui lumea lor ipotetica, plina de asteptari ideale, dupa pierderea cuiva drag care a cutremurat fundamentul pe care era sprijinita viata lor.

Parkes descrie si el aceleasi patru faze ale doliului ca si Bowlby: soc si perplexitate, dor intens si continuu, dezorganizare si disperare, revenire (Parkes, 1998).

El conceptualizeaza pierderea ca o expunere la o serie de fotografii care se prezinta individului pentru un moment si care genereaza un puseu de durere si apoi dispar, ca mai apoi un alt set de fotografii sa apara impreuna cu un val de durere. Aceste fotografii compun experienta pierderii, care nu este constanta si astfel el explica de ce pierderea nu este traita uniform, ci in valuri sau pusee. Tipul de pierdere si unicitatea individului coloreaza fotografiile si explica individualitatea experientei pierderii. Schimbarea acestor fotografii explica fazele pierderii care includ: perplexitatea, dorul intens, dezorganizarea si disperarea si revenirea. El explica asa si de ce pierderea dureaza asa de mult dupa decesul persoanei

dragi, ca si cand cineva mereu viziteaza un mormant sau o fotografie a celui decedat (Parkes, 2002; Wright si Hogan, 2008)

3.4. Modelul social constructivist:

Neimeyer (1999) si Neimeyer si colab (2002a) au dezvoltat un model nou a teoriei pierderii in care locul central il ocupa conceptual de reconstructie. El spunea ca trebuie sa mergem dincolo de presupunerea ca doliul este un proces secvential si privat de schimbare emotionala. S-a vazut ca exista societati in care expresia doliului este tipizata si nu este loc de o exprimare libera a doliului, de unde se poate conchide ca doliul are in unele privinte o exprimare publica care uneori nu este congruenta cu gandurile si sentimentele intime. Aici este vorba de o masca a doliului care poate ascunde aceste ganduri si sentimente. Pe aceste considerente, Neimeyer cladeste un model constructivist social al doliului. El considera ca oamenii se bazeaza pe o lume cladita pe un set de credinte, asteptari, rutine zilnice care le genereaza intelesul vietii, siguranta si comfort. Orice disruptie a acestei lumi pe care o cunoastem, ca in cazul unui deces, ne conduce la un sens de nesiguranta si de pierderea intelesului vietii. Prin doliu noi incercam sa restabilim, sa recreem intelesul vietii folosind resursele psihologice, sociale, culturale si cognitive disponibile.

3.5. Modelul lui Worden:

William Worden, profesor de psihologie la Universitatea Harvard introduce conceptul de “travaliu de doliu” in deceniul al 8-lea a secolului XX, travaliu care are patru sarcini de rezolvat. El a ales cuvantul sarcini pentru a sublinia mai bine travaliul pe care cineva il strabate pana la revenire.

1. Prima sarcina este sa accepte realitatea pierderii. El face distinctia dintre acceptarea intelectuala si cea emotionala, care este mai dificila si uneori insurmontabila.
2. A doua sarcina este sa faca fata cu durerea, anxietatea, mania, vinovatia si alte sentimente asociate cu pierderea.
3. A treia sarcina este sa se adapteze cu decesul persoanei dragi, ceea ce implica trei feluri de adaptare:

3.1. adaptare externa: realizarea rolurilor pe care decedatul la juca in viata lui si dezvoltarea strategiilor de a umple aceste roluri in absenta lui;

3.2. adaptarea interna, care se refera la modurile in care subiectul trebuie sa redefineasca propria identitate dupa pierdere, de ex. de a fi o vaduva, etc.
3.3. adaptarea spirituala, pierderea provoaca credintele spirituale conducand la analize existentiale mai profunde;

4. A patra sarcina este relocarea emotionala a decedatului si continuarea existentei ce presupune continuarea legaturii cu decedatul; aceasta presupune ca supravietuitorul a gasit mijloacele sa mearga mai departe si in acelasi timp sa mentina legaturile emotionale cu decedatul. (Wright si Hogan, 2008)

Teoria lui pune accentual de nevoia de a rupe legaturile cu persoana pierduta pentru a investi intr-o noua viata.

3.6. Modelul cognitiv al doliului:

Modelul cognitiv al pierderii implica trei procese care explica experienta doliului si posibilitatea ca el sa evolueze spre cronicitate sau potologizare (Boelen si colab, 2006):

a. elaborare si integrare deficitara si distorsionata a pierderii in memoria autobiografica a subiectului; stimuli nesemnificativi pot conduce subiectul la reamintirea neintentionala a persoanei decedate, lucru care intretine emotiile negative;
b. existenta de credinte global negative si interpretari distorsionate a reactiei la doliu genarand reactii emotionale ample si angajarea in strategii inadecvate de evitare a durerii si pierderii;
c. ineficienta efortului de coping cu depresia si anxietatea pe fundalul existentei credintelor negative de baza.

Acest model sta la baza interventiei cognitive in cazul doliului complicat.

3.7. Modelul procesului dual:

Modelul dual infatiseaza doliul ca un proces oscilator in care individul alterneaza experientele de doliul cu evitarea suferintei in aclasi timp, spre deosebire de modelele anterioare care priveau doliul ca un proces liniar. Stroebe si Schut (1999) concep acest model ca raspuns la limitarile modelelor anterioare care propuneau stadii, faze sau sarcini. Acest model incorporeaza conceptia lui Worden si unele aspecte ale teoriei cognitive a stresului. Autoarele afirma ca persoana in doliu incearca sa depaseasca suferinta osciland intre doua modalitati de coping: (i) pierderea orientarii si (ii) restaurarea orientarii. Pierderea orientarii

se refera la acceptarea suferintei, ceea ce implica suferinta mentala a pierderii precum durerea sufleteasca, plansul, disperarea, fixatia pe pierderea persoanei si evitarea schimbarilor restaurative. Restaurarea orientarii include evitarea durerii pierderii, incercarea de a rezolva aspectele secundare ale pierderii si focusarea pe viitor si pe schimbarile de rol, identitate si relatii. Aceasta modalitate oscilatorie ofera subiectului momente de respiro din suferinta, ceea ce modereaza povara pierderii. Acest model furnizeaza explicatia faptului ca persoana in doliu fie evita realitatea pierderii, fie persista in suferinta.

3.8. Modelul transformativ, al dezvoltarii personale, a doliului

Modelele timpuri ale pierderii considerau ca in timp doliul descreste in intensitate, conducand in ultima instanta la revenirea la starea “normala”. Recent, cercetatori in domeniu au identificat ca doliul ii face pe adulti ca si pe copii sa fie diferiti fata de ce erau inainte de pierdere. Astfel adolescentii si-au schimbat prioritatile, s-au maturat mai repede decat prietenii lor, au devenit mai compatimitori, mai intelegatori si mai toleranti cu ei insisi si cu altii si in general mai grijulii cu familia lor. Ei cred ca au devenit mai puternici pentru ca au invatat sa faca fata greutatilor atunci cand s-au confruntat cu moartea unui frate/sora (Hogan si Schmidt, 2002)

3.9. Modelul experiential al doliului

Acest model are doua componente: (i) prima in care supravietuitorul este martor la cursul bolii persoanei iubite pana la moartea acesteia si (ii) a doua defineste procesul de pierdere din momentul decesului, prin suferinta si final prin crestere personala, care este evidentiata de speranta pentru o viata implinita in ciuda pierderii. Indiferent de cauza mortii (boala, accident, suicid sau homicid), supravietuitorul adult traieste disperare, detasare fata de altii, confuzie asupra felului cum vor trai ei fara persoana decedata si apoi experimenteaza crestere personala indicata de transformarea sa ca rezultat al suferintei. (Hogan, Morse, Tascon, 1996). Suportul social mediaza suferinta si ajuta supravietuitorul sa gaseasca noi intelesuri si scopuri ale vietii. Suferinta se incheie cand acesta gaseste noi intelesuri pentru viitor si devine mai iertator, compasiv, tolerant cu altii si cu el insusi. Relatia cu disparutul poate continue intr-un fel nou si doliul se transforma in dezvoltare personala.

3.10. Modelul post-modern al doliului:

Walter (1996) critica modelele vechi care au toate in comun ideea ca doliul este un proces care reconstruieste autonomia subiectului, lasandu-l pe cel pierdut in spate si formand noi legaturi de atasament. Procesul acesta se face prin rezolutia progresiva a sentimentelor de doliu. Sfarsitul sec.XX, care se caracterizeaza prin secularism si individualism, a dus la modificarea relatiei dintre supravietuitor si cel disparut, prin abandonarea ritualurilor religioase si schimbarea intelesului relatiei cu cel pierdut. El spunea: "*In mai putin de 100 ani celebrarea intens emotionala a pierderii si cultul romantic al doliului s-au diminuat in favoarea unei viziuni moderniste, individualiste si functionaliste. O abordare autobiografica este mai potrivita din cauza ca vede pierderea ca parte a felului cum indivizii construiesc biografia lor*". Cei care traiesc vor sa vorbeasca despre cel disparut si vor sa vorbeasca despre el cu cei care l-au cunoscut. Supravietuitorul construieste astfel o "poveste" despre cel disparut, o poveste prin care cel disparut va ramane peste timp. In acest model scopul doliului este de a construi o biografie durabila care-l integreaza pe cel disparut in memoria colectiva si il face sa supravietuiasca in acest fel. Procesul prin care se construieste aceasta poveste este in principal conversatia cu ceilalti despre cel disparut. Scopul doliului este de a trai impreuna cu cel disparut, iar procesul doliului este de a vorbi despre cel disparut. Procesul doliului este o conversatie reflexiva nesfarsita cu sinele si altii prin care se incearca sa se dea un sens existentei noastre. Povestind intamplarile existentei noastre noi construim narativele biografice ale identitatii noastre.

4. Cum traim pierderea:

Nu se poate sa incepem mai bine acesta paragraf decat citandu-i pe Neimeyer si colab. (2002b): "*Doliul ca experienta umana este atat un eveniment natural, cat si un construct cultural. Pe de-o parte, caracteristicile esentiale ale raspunsului la pierdere reflecta evolutia noastra ca fiinte biologice si sociale, raspuns inradacinat in ruperea legaturilor de atasament necesare pentru supravietuirea noastra; pe de alta parte, noi raspundem la pierdere atat in mod biologic, cat si simbolic, prin semnificatia pe care o atribuim simptomelor de separare pe care le traim si prin schimbarile de identitate personala si colectiva care acompaniaza moartea unui membru al familiei si al comunitatii".*

Viziunea dominanta in societatea post-moderna este ca doliul este o situatie pe care fiecare individ o traieste in mod particular, iar eforturile de a tipiza aceasta reactie si a-i descrie faze sau stadii pe care toata lumea le parcurge, sunt sortite esecului. Cu toate acestea, majoritatea autorilor sunt de acord ca expresia doliului este data de un proces care este constant identificabil in diferite proportii la toti indivizii care trec prin aceasta incercare, proces caruia Parkes (2002) i-a descris trei componente: (i) anxietatea separarii cu dorinta imperioasa de a plange si a cauta persoana pierduta; (ii) nevoia de a reformula intelesurile existentei si a lumii inconjuratoare; (iii) nevoia de a inhiba si controla emotiile negative.

In cultura vestica, expresia doliului este traditional incurajata si dirijata spre exteriorizarea durerii separarii de persoana atasata si cinstirea si comemorarea persoanei pierdute, iar reactia de pierdere parcurge astfel un traiect care se poate regasi la majoritatea cazurilor, in proportii diferite. Astfel, in primele momente ale pierderii, persoana este socata, perplexa, nu crede ca aceasta s-a intamplat cu adevarat, este in profunda suferuinta, plange, este agitata, este preocupata de imaginea persoanei decedate, este deconectata de orice alta emotie si aceasta poate dura de la cateva zile la cateva spatamani. Nu rar se intampla ca persoana sa refuze sa creada in disparitia persoanei dragi si aceasta negare, impreuna cu un comportament de cautare a acesteia, poate dura cateva zile. Treptat, persoana intelege ca trebuie sa se confrunte cu realitatea si astfel perplexitatea si confuzia emotionala lasa loc sentimentelor specifice de pierdere precum tristetea, neajutorarea, deziluzia si izolarea, simptome care evoca depresia si care pot dura saptamani sau luni, in functie de resursele de coping ale fiecaruia. Tot acum pot apare sentimente de manie, frustrare, furie asupra circumstantelor decesului persoanei iubite sau referitor la soarta acesteia. Revenirea din pierdere se anunta atunci cand persoana recunoaste si accepta ca cineva drag a murit si recapata energie emotionala pentru a se adaptea la identitatea, rolul si contextul nou creat prin disparitia persoanei dragi. Manifestari comune, emotionale, comportamentale, cognitive si fizice ale reactiei de pierdere sunt prezentate in Tabelul Nr. 2.

Manifestari psihologice	Manifestari comportamentale
tristete	tulburari de somn
manie	tulburari de apetit
vinovatie si auto-reprosuri	tulburari de atentie si concentrare
anxietate	retragere sociala
insingurare	vise cu persoana decedata
oboseala	evitarea discutiilor despre deces
neajutorare	cautarea lucrurilor legate de deces
soc	oftat
dezorientare	plans
confuzie si perplexitate	hiperactivitate sau lentoare in activitate
dor intens si recurent fata de ce s-a pierdut	vizitarea locurilor si obiectelor care ii amintesc de persoana disparuta
fenomene disociative	pastrarea cu sfintenie a lucrurilor ce au apartinut persoanei disparute
Manifestari fizice	**Manifestari cognitive**
senzatie de gol in stomac	neincredere, suspiciozitate
tensiune in piept	confuzie
nod in gat	preocupari legate de persoana disparuta
intoleranta la zgomot	senzatia prezentei persoanei disparute
lipsa de energie	halucinatii
lipsa de aer	idei paranoide
oboseala musculara	
depersonalizare ("Cand merg pe strada mi se pare ca nimic nu e real, inclusive eu")	
gura uscata	
senzatie de gol in stomac	
tensiune in piept	

Tabelul Nr. 1: Simptomele si semnele reactiei normale de pierdere

Descrierea de simptome specifice pierderii este expresia psihologizarii si medicalizarii ei, viziune dominanta in a doua parte a secolului trecut si mentinuta si in zilele noastre de credinta ca omul care se confrunta cu doliul are nevoie de sprijinul unor profesionisti pentru a trece peste aceasta grea incercare fara “complicatii”. Impreuna cu aceasta viziune simptomatologica se mentine si ideea ca doliul este un proces mai mult sau mai putin continuu si un individ parcurge mai multe faze in drum spre revenirea din doliu. Astfel, multi autori sustinatori ai ideii ca doliul are o evolutie liniara, longitudinala si progresiva, au fost fascinati de descrierea unor stadii pe care travaliul de doliu le-ar strabate pana la rezolutia lui. Prima incercare de stadializare a reactiei de pierdere a fost facuta de Freud ca mai apoi psihiatra Elisabeth Kubler-Ross (1969) sa studieze “doliul anticipator” al indivizilor cu rude aflate in stadii terminale ale unor boli grave si sa descrie cinci faze prin

care acestia trec pana la remitere. Un tablou sinoptic ale modelelor stadiale ale doliului este prezentat in Tabelul Nr. 2. Studii ulterioare au aratat ca nu fiecare individ parcurge aceasta evolutie stadializata si fiecare rezolva doliul in felul sau. Nu este bine sa gandim doliul ca o succesiune de stadii, mai curand ca un proces variat, accidentat, cu suisuri si coborasuri. Cu cat timpul trece trairea pierderii devine mai putin intensa si mai de scurta durata, dar exista si cazuri cand pusee de traire a doliului mai pot sa apara si dupa ani de la pierdere.

Felul cum traiesc si exprima oamenii doliul este influentat de multi factori interni si externi pe care Worden (2002) i-a numit “mediatorii doliului”, iar Parker (1972) “determinantii doliului”. Acesti factori de influenta a doliului sunt expresia diferitelor modele explicative ale doliului care au fost descrise mai sus. Printre acestia, cei mai importanti sunt:

- Natura relatiei si a atasamentului cu persoana disparuta; de felul cum intepreteaza supravietuitorul relatia cu persoana disparuta depinde felul cum acesta traieste doliul;
- Intelesul pe care subiectul il confera mortii, inteles care este un construct simbolic, universal, suprapus peste evenimentul natural al mortii si care mediaza in cel mai inalt grad procesul de doliu. Prin aceasta simbolistica particulara, individual se plaseaza intr-un discurs coerent care pune pierderea intr-un registru care face ca doliul in sine si tranzitia catre o viata normala sa fie mai putin traumatica si vinovata. Acest discurs este construit pe baza interpretarilor si credintelor despre moarte, pe practicile culturale, traditiile spirituale/religioase si conversatiile interpersonale caracteristice culturii din care face parte individul si ajuta subiectul sa integreze moartea in intelesul si perspectiva generala a existentei. Acest discurs este impartasit intre subiect si cei care participa impreuna la doliu si la ceremoniile contigente si ofera subiectului suportul necesar pentru a trece peste aceasta incercare printr-o semantica unanim acceptata;
- Modul, circumstantele si locul in care persoana a decedat. Felul cum persona a decedat are impact asupra emotiilor care coloreaza doliul, la fel ca circumstantele si locul decesului. Decesul neasteptat, cel din accidente sau violente este mai terifiant ca cel dupa o suferinta cronica si cu deznodamant asteptat. Aceste variabile sunt importante pentru ca ele joaca un rol in modul cu supravietuitorul isi imagineaza decesul, durerea si sentimentele celui care a murit;

Freud	Bowlby & Parkes	Kübler-Ross	Worden	Stroebe & Schut
Procesul de hipercathexis* (durerea, gandurile si amintirile legate de persoana disparuta)	Faza caracterizata prin soc, perplexitate si negare care mentine subiectul intr-o stare de irealitate	Faza de negare - individul nu accepta ca persoana draga a murit	Faza acceptarii realitatii pierderii	Faza de pierdere a orientarii care este data de efortul de depasire a pierderii precum ganduri intrusive legate de persoana disparuta, rememorarea trecutului, tristete profunda, etc.
Procerul de decathexis (relaxarea legaturii emotionale cu persoana decedata)	Faza caracterizata de dorul profund fata de persoana disparuta si de valuri de plans, durere si anxietate si uneori de sentimentul prezentei persoanei disparute	Faza de manie/furie impotriva lui insusi ca nu a facut ce trebuie, de invinovatire a altora	Faza durerii pierderii si a regretelor	Faza de restaurare a orientarii care include evitarea sentimentelor de doliu prin focusarea pe viitor si rezolvarea unor probleme secundare de tranzitie
Procesul de cathexis (recuperarea energiei emotionale investita in persoana disparuta)	Faza de dezorganizare si detasare caracterizata prin tristete puternica si sentiment de lipsa de speranta	Faza de negociere – de incercare a de a negocia in imaginar sau cu o forta supranaturala reintoarcerea persoanei pierdute	Faza de adaptare la ambianta in care persoana decedata nu mai este	
	Faza de reorganizare, implicand relaxarea legaturii de atasament cu persoana disparuta si intoarcerea catre viitor	Faza de tristete – in care subiectul este inhibat, retras, deziluzionat, fara speranta	Faza de relocare emotionala a celui disparut si reintoarcere la viata curenta	
		Faza de acceptare – individul realizeaza si accepta pierderea prin contemplare, reflexie si gasirea unui inteles pentru pierdere si continuarea vietii.		

* Hipercathexis – concentrarea excesiva a dorintei pe un anume obiect

Tabelul Nr.2: Modelele stadiale ale doliului (modificat dupa Rothaupt si Becker, 2007)

- Istoria personala a doliului, respectiv numarul si felul cum persoana a experimentat alte episode de doliul in viata lui. Este o constatare empirica ca o persoana care s-a confruntat cu mai multe evenimente de acest fel, construieste modalitati din ce in ce mai adaptative de coping cu doliul;
- Varsta si sexul sunt factori de influenta in trairea doliului. Astfel se stie ca femeile sunt mai vulnerabile in fata pierderii, datorita nivelului de anxietate si a insecuritatii legaturilor de atasament. Tinerii sunt sensibili in masura in care moartea are inteles pentru ei. Copii mici cred ca moartea este reversibila si ca persoana se va intoarce intr-un anumit moment. Ulterior ei se considera vinovati pentru decesul persoanelor dragi si au tendinta sa-si ceara iertare pentru greseli pe care le-ar fi putut face fata de acestia. Adolescentii se simt afectati in masura in care au dobandit un sentiment de autonomie, omnipotenta si optimism. Batranii sunt cei mai vulnerabili in trairea doliului, in masura in care le reaminteste un deznodamant asteptat;
- Trasaturile de personalitate ale persoanei, precum nivelul de control si reglare emotionala, rezistenta la frustrare, trasaturile de optimism si rezilinenta sunt factori mediationali importanti ai doliului;
- Cultura din care face parte individul este unul din mediatorii puternici ai expresiei doliului. Istoria ceremoniilor funerare si a relatiei dintre supravietuitori si corpul si obiectele celui decedat coreleaza cu felul cum oamenii exprima doliul. Din sec. XVIII incepe decorarea pietrelor funerare si complexificarea ritualurilor funerare ca un mod de perpetuare a memoriei celui disparut; se instaureaza reguli stricte pentru pastrarea doliului, a ceremoniilor de rememorare si a comportamentului familiei supravietuitoare. Oamenii se nasteau si mureau in casa lor asistati de familie si ea era responsabila pentru organizarea si desfasurarea ritualurilor de inmormantare si de prepararea corpului decedatului pentru inmormantare. Evolutia ulterioara a societatii si cresterea duratei de viata a facut ca din ce in ce mai multi oameni sa-si incheie viata in institutii specializate pentru batrani sau in spitale pentru ingirijiri terminale si astfel familia apare din ce in ce mai deconectata in asitenta acestora, locul traditional la familiei fiind luat treptat de diferiti profesionisti. Astfel, organizarea ritualurilor de inmormantare a fost preluata de altii, iar familia s-a vazut mai putin implicata. Pregatirea corpului pentru inmormantare nu mai cade in sarcina familiei, pentru ea ramane doar managementul posesiilor celui disparut. Astazi se asista din ce in ce mai mult la ritualuri de inmormantare in care familia

nici nu mai vede corpul celui decedat si nici nu mai asista la inmormantarea propriu-zisa, ci doar la o comemorarea acestuia intr-un protocol narativ organizat de intreprinderea de pompe funebre. Am putea spune ca evolutia ritualurilor de inmormantare mers de la faza manipulare a corpului celui disparut, la faza manipularii doar a obiectelor celui disparut, ca in final sa se ajunga la faza manipularii povestilor despre cel disparut sau, cu alte cuvinte, de la a face totul cu mana ta, pana la a face totul prin interpusi, tie ramanandu-ti doar sa spui "povestile" despre cel disparut. Trairea doliului s-a schimbat trecand de la o expresivitate afectiva la una colectiva, iar ceremonialul de la unul privat si familial, la unul social si public.

5. Doliul complicat sau patologic:

Doliul este un proces traumatic in sine, care violeaza "ordinea naturala" a existentei ipotetice si care intinde la maximum resursele de adaptare ale unui individ. Un individ confruntat cu experienta doliului fata de o persoana de atasament are de depasit doua feluri de dificultati pentru a revolva doliul. Prima dificultate este de ordin neurofiziologic, individul prezentand brusc o stare de hiperevigilenta ce tradeaza hiperactivitatea sistemului limbic, a amigdalei si a zonelor prefrontale. Aceasta face ca senzatiile si perceptiile sa fie confuze, fragmentate, iar trauma pierderii sa ramana la un nivel pre-narativ, neintegrate corect in intelesul general al existentie, persistand in acest fel multi ani in memoria subiectului; de cate ori acestea vor fi rememorate, ele vor fi retraite in acest mod, impreuna cu stare de hipervigilenta care le-a insotit cand s-au stocat in memorie (Neimeyer, 2001b). A doua dificultate in depasirea traumei doliului este data de dificultatea de a gasi loc pierderii in structura tematica de baza a narativelor subiectului. Dupa cum spuneau Janoff-Bulman si Berg (1998): "*pierderea tragica invalideaza 'lumea asteptata' a individului, lume care face ca sentimentul de securitate, predictibilitatea, increderea sau optimismul sa fie luate ca de la sine inteles*". Neimeyer (2002b) vede pierderea ca o violare a sistemului personal de credinte care da sens vietii si astfel bulverseaza identitatea, proiectele de viata si ancorarea intr-o lume relationala.

Privind doliul ca un eveniment profund traumatic si incarcat de semnificatii aparte, se poate intelege ca individul care experimenteaza doliul este intr-o situatie vulnerabila, in care riscul de a se transforma in patologie este foarte mare. Engel (1961) a fost primul care a pus intrebarea daca doliul este o boala, pentru ca el considera ca doliul implineste criteriile pentru a fi considerat ca o entitate aparte: are o etiologie cunoscuta, are simptome si evolutie caracteristica,

provoaca suferinta si interfera cu functionarea individului. Pe acest gen de constatari s-a conturat conceptual de "doliul complicat" ca fiind acea situatie in care reactia de doliu pierde tendinta naturala de rezolvare si continua pe o perioada neasteptat de lunga de timp. Doliul complicat sau patologic a fost conceptualizat ca inabilitatea individului de a "inmormanta" sentimentele si gandurile legate de doliu sau ca incapacitate de a reconcilia cu pierderea suferita (Howarth, 2011).

Prigerson si Jacobs (2001a, 2001b) identifica doua feluri de simptome caracteristice doliului complicat: (i) simptome apartinand distress-ului separarii, precum ganduri ruminative legate de persoana disparuta, dor si cautarea acesteia, retragere sociala excesiva (Criteriul A) si (ii) simptome legate de distress-ului pierderii (Criteriul B). Tocmai aceste feluri de simptome faca ca pierderea complicata sa poata fi deosebita de alte tulburari psihiatrice cu care s-ar asemana la prima vedere, precum depresia, tulburarea posttraumatica de stress, tulburarea prelungita de adaptare, etc. Aceste simptome sunt prezentate in Tabelul Nr. 3.

Cercetari recente au demonstrat ca simptomele de pierdere complicata formeaza un grup distinct de grupul de simptome depressive, datorita fenomenologiei particulare a simptomelor, particularitatilor evolutive, comorbiditatii si raspunsului la terapie (Prigerson si colab. 1996, Reynolds et al., 1999; Silverman, Johnson, & Prigerson, 2001).

Dupa Stroebe si colab (2000) exista mai multe probleme care trebuie clarificate daca se vrea ca doliul complicat sau "patologic", cum il numesc altii, sa poata fi considerat ca un concept operational: Cum se defineste doliul patologic? Exista criterii pentru clasificarea lui ca patologie? Ce schimbari in conceptualizarea doliului va genera aceasta? Ce implicatii sociale si asupra sistemului de ingrijire va avea existenta doliului patologic?

In primul rand trebuie spus ca dificultatile conceptualizarii doliului in termeni de suferinta psihica tradeaza de fapt greutatea de a deosebi normalul de patologic in general in definirea tulburarilor psihice. Middleton si colab (1993) spuneau: *"In acest domeniu noi inca ne straduim sa validam si operationalizam conceptul de doliu "normal"…cand ne extindem la "patologic" dificultatile sunt cu mult mai mari"*. Aceste dificultati sunt bine exprimate de apelativele pe care procesul de doliu le-a primit atunci cand evolutia lui nu a dus la remitere intr-un mod asteptat, apelative precum: complicat, distorsionat, maladaptativ, patologic, prelungit, cronic, complicat, nerezolvat, nevrotic, sau disfunctional. Intr-un mod foarte inteligent si diplomatic Middleton si colab. (1993) definesc doliul patologic atunci "*cand doliul pentru un individ particular, intr-o cultura particulara, deviaza de la cursul asteptat in asa masura incat se asociaza cu o*

morbiditate psihologica si fizica excesiva”; spun diplomatic, pentru ca aceasta definitie incearca sa evite orice consideratie referitor la modul de patologizare a doliului.

Criteriul A	Criteriul B	Criteriul C	Criteriul D
Individul traieste doliul dupa moarte cuiva apropiat si raspunsul lui implica existenta a 3 din urmatoarele 4 simptome traite zilnic sau cu intensitate marcata:	*In raspunsul subiectului la deces 4 din urmatoarele 8 simptome sunt traite zilnic sau cu intensitate marcata:*	*Durata*	*Functionare*
1. Ganduri intrusive despre persoana care a murit	1. Pierderea scopurilor, cu sentiment de inutilitate si de lipsa de viitor	Durata simptomelor este de cel putin 6 luni	Simptomele cauzeaza o afectare importanta a functionarii sociale, ocupationale si a altor arii de functionare a individului
2. Sentimente intense de dor fata de persoana disparuta	2. Traire subiectiva de detasare, incetosare sau absenta a raspunsurilor emotionale		
3. Cautarea persoanei disparate	3. Dificultati de a accepta ca persoana a murit		
4. Sentimente intense de insingurare	4. Idei ca viata este goala si lipsita de inteles		
	5. Sentimentul ca o parte din sine a murit		
	6. Sentimente de lipsa de siguranta, incredere si control		
	7. Tendinte sau comportament auto-vatamator si de ignorare a riscurilor legate de pierderea suferita		
	8. Iritabilitate, manie, furie si cinism excesiv legate de pierderea suferita		

Tabelul Nr. 3: Criteriile si simptomele doliului complicat (dupa Neimeyer si colab. 2002b)

Exista multiple teorii prin care doliul patologic sau complicat incearca sa fie conceptualizat: (Stroebe si colab., 2000):

(i) conceptualizare in termeni de stress, doliul patologic fiind privit ca o reactie de stress, ca o varietate a tulburarii post-traumatice de stress sau ca o reactie de adaptare prelungita la stress;

(ii) conceptualizare in termeni de depresie bazata pe asemanarea psihopatologica dintre cele doua entitati, de unde nevoia criteriilor de excludere a doliului pentru diagnosticul de tulburare depresiva majora din DSM-IV;

(iii) conceptualizare in termeni de tipologie, doliul fiind privit ca o suma de varietati in care doliul patologic este una dintre ele;
(iv) conceptualizare in termeni fenomenologici prin care se identifica factori specifici doliului patologic, care il deosebesc de tulburarile depresive sau anxioase.

Conceptualizarea ateoretica si operationala valabila astazi se bazeaza pe: (i) aparitia dupa o pierdere importanta, (ii) durata simptomelor (de peste 6 luni), (iii) fenomenologia simptomatologica diferita prin faptul ca este legata de pierderea, separare si pierderea intelesului existentei; (iv) intensitatea diferita fata de reactia de doliul obisnuita; (v) producerea de distress sever cu interferarea functionarii sociale a subiectului; (vi) raspuns defectos la medicatia antidepresiva si la psihoterapia interpersonala.

Nosologiile operationale astazi, precum DSM-IV si ICD-10 nu considera reactia de doliu ca o tulburare psihiatrica. Mai mult, in DSM-IV se furnizeaza si criteriile dupa care se diferentiaza diagnosticul de depresie majora de reactia de pierdere cu elemente depresive. In schimb se presupune ca in DSM-V acest criteriu de excludere va dispare si se va lasa deschisa posibilitatea ca depresia dupa doliu sa fie considerata ca oricare alta depresie dupa evenimente stresante de viata. Partizanii acestei viziuni spun ca daca depresia de dupa pierdere nu s-ar privi ca o suferinta psihica multi oameni ar ramane fara tratament pentru aceasta tulburare severa si invalidanta (Corruble si colab. 2009). In tabelul Nr. 4 se prezinta succint argumentele in favoarea si impotriva introducerii doliului complicat ca o tulburare mentala (Briant, 2012).

Nu este scopul capitolului de fata sa discute mai pe larg problemele de incadrare nosologica a doliului complicat in clasificarile actuale ale tulburarilor psihice si daca aceasta conditie este bine sa fie trecuta in DSM-V si ICD-11. Pentru lucratorul din programul de criza, doliul, complicat sau nu, este o criza existentiala deosebit de importanta fata de care trebuie sa genereze o interventie dimensionata de modul in care subiectul o traieste in momentul real al contactului cu profesionistul. El mai trebuie sa stie ca doliul complicat apare cu o frecventa in jur de 10-15% din toate reactiile la doliu si ca factorii de risc pentru aceasta conditie sunt legati de (Shear si Mulhare, 2008):

(i) istorie timpurie de greutati de a forma relatii protective de atasament, ceea ce conduce mai tarziul a dependenta si frica de rejectie sau abandon;
(ii) istorie de depresie si anxietate;
(iii) experienta de pierderi multiple;
(iv) istorie de confruntare cu evenimente de viata negative;

(v) conditie de sanatate precara;

(vi) lipsa unui suport social adecvat;

(vii) co-existenta de factori stressanti.

Argumente impotriva	Argumente in favoare
1. Doliul este o conditie omniprezenta, parte a existentei umane, iar starea emotionala de dupa doliu are justificarea si intelesul acceptat de toti oamenii, indiferent de cultura din care fac parte;	1. S-a evidentiat ca simptomele nucleare ale doliului sunt diferite de cele ale depresiei si anxietatii si ca doliul complicat poate fi introdus ca o entitate separata – " tulburarea prelungita de doliu" (Prigerson si colab. 2009);
2. Reactia si managementul doliului sunt diferite de-a lungul culturilor si astfel nu este posibil el sa fie considerat boala intr-o cultura si normalitate in alta;	2. S-au acumulat argumente precum ca indivizii cu doliu complicat nu au tendinta de a se recupera in mod spontan, distressul interfera semnificativ cu functionarea si prezinta comorbiditate semnificativa cu alte tulburari mentale, abuz de substante si tulburari somatice (Lichtenthal si cola. 2004);
3. Expresia doliului este deferita de a altor reactii la evenimente stressante pentru ca este legata de interpretari si practici religioase si nu este bine ca acestea sa fie luate ca o tulburare psihiatrica.	3. S-a constatat ca doliul complicat exista si in culturile non-vestice;
4. Reactia de doliu complicat poate fi descrisa in termenii reactiilor depresive si anxioase si din acest motiv nu este nevoie sa fie luata ca o entitate clinica aparte	4. Doliul complicat prezinta factori de risc si conditii premorbide specifice (Shear si colab. 2011);
	5. Reactia de doliu nu raspunde la tratament antidepresiv, pe cand reactia prelungita de doliu raspunde (Prigerson si colab. 2009);

Tabelul Nr. 4: Argumente pro si contra patologizarii doliului complicat (dupa Briant, 2012)

Evolutia doliului complicat este cronic-ondulanta, cu perioade mai usoare si altele mai severe de simptomatologie de separare si pierdere, care nu au tendinta spontana sa se stearga niciodata si provoaca un distress continuu subiectului. Indivizii cu doliu complicat au riscul de a dezvolta diferite afectiuni psiho-somatice precum colon iritabil, tulburari cardio-vasculare, hipertensiune arteriala, tulburari de somn si cresc riscul pentru cancer, abuz de substante, tulburari depresive si anxioase si suicid. Probabilitatea suicidului trebuie luata serios in considerare. Szanto si colab. (2006) au constatat ca ideatia suicidara este mai frecventa la femeile cu doliul complicat, cu o rata de 57%, fata de cele cu doliu simplu, care au prezentat o rata de ideatie suicidara doar la 24% din cazuri, iar Prigerson si colab. (1999) gasesc ca adolescentii cu doliu complicat au un risc de 4 ori mai mare de suicid decat ceilalti.

Pentru a recunoaste un individ confruntat cu doliul complicat, lucratorul din programul de criza se ghideaza dupa simptomele mai sus prezentate si aplica instrumente de screening si evaluare specifice, care vor fi prezentate in sectiunea de evaluare. In plus, el poate va lua in considerare si unele indicii care ii pot atrage atentia asupra eventualitatii existentei doliului complicat, sugestii prezentate in Tabelul Nr. 5.

Persoana nu poate vorbi despre deces fara de experiemnteze o durere sufleteasca extrema.
Evenimente minoire declanseaza reactii intense de durere sufleteasca.
Temele pierderii apar frecvent in discursul persoanei.
Persoana este incapabila sa mute sau sa instraineze lucruri ce au apartinut persoanei decedate.
Persoana manifesta schimbari radicale in stilul de viata dupa decesul persoanei dragi.
Persoana apare cronic depresiva, cu vinovatie permanenta si stima de sine scazuta.
Existenta unor impulsuri auto-destructive
Ganduri recurente si anxietate in legatura cu boli si moarte.
Evitarea de a vizita mormantul, de a participa la ceremonia funerara sau ceremonii aniversare

Tabelul Nr. 5: Indicii care conduc la suspiciunea existentei doliului complicat

Atunci cand lucratorul in criza banuieste ca se afla in fata unui individ cu doliu complicat trebuie sa furnizeze o interventie scurta care sa-i usureze distresul si apoi sa indrume subiectul spre un ajutor specializat, respectiv catre medicul psihiatru, aplicand secventa tipica: asigurarea sigurantei subiectului, transferul informatiilor, transferal responsabilitatii, documentarea si contactele de follow-up.

6. Alte feluri de doliu:

Termenul de pierdere sau chiar de doliu poate fi extins si la alte feluri de pirderi decat cele legate de disparitia unei persoane dragi. Tot o legatura de atasament poate fi considerata si relatia pe care un individ o stabileste cu roluri si situatii sociale, animale de companie, obiecte sau cu anume imagistica simbolica. Astfel putem inventaria mai multe feluri de pierdere:

1. pierderea cuiva drag prin moarte, separare, divort, incarcerare, luare de ostatec, etc.
2. pierderea unui obiect sau situatii cu valoare emotionala sau materiala precum pierderea unei posesii valoroase, a unui serviciu, a unui obiect legat de o persoana draga (de ex. verigheta), etc.
3. pirderea unui animal de companie de care individul este profund atasat;
4. pierdere cauzata de o injurie narcisiaca, de ex. amputatie, mastectomie, etc.
5. pierderea cauzata de pierderea unei sarcini sau de nasterea unui copil malformat;
6. pierderea unei prietenii stranse;

7. pierderea unui rol social sau profesional important, etc.

Doliul sau pierderea, in intelesul larg al termenului, acopera multiple alte ipostaze prin care oamenii incearca sa depaseasca ruperea unei legaturi semnificative de atasament, pierderea a ceva pretios care era incorporate in existenta zilnica si identitatea proprie. Astfel, se descrie si doliul anticipator, doliul intarziat si doliul nelegitim ca situatii particulare prin care indivizii incearca sa depaseasca o pierdere importanta din viata lor.

In mod obisnuit doliul se instaleaza imediatr dupa momentul pierderii "obiectului dragostei" dar sunt descries si alte situatii particulare in care doliul se instaleaza inainte de piedere sau dupa o persoana mai lunga dupa pierdere sau doliul care nu se poate trai la vedere pentru ca nu este legitimat de lumea din jur.

6.1. Doliul anticipator

Conceptul de doliu anticipator a fost introdus de Fulton si Gottesman (1980) si reluat de Therese Rando (2000) si se refera la doliul care se instaleaza inainte de pierderea propriu-zisa. In mod obisnuit, doliul anticipator se instaleaza atunci cand o persoana draga este suferinda de o boala incurabila. El a fost conturat cu multi ani inainte de Lindeman (1944) care a studiat reactia parintilor in fata pierderii iminente a unui copil. La aceea vreme se vorbea atat de "premonitia pierderii" cat si de "anticiparea pierderii" ca situatii generatoare de reactii asemanatoare celei tipice de doliu. Ulterior ideia de pierdere s-a largit, cuprinzand si alte situatii precum situatiile de inalt risc, cum ar fi participarea persoanei in razboi, persoana este rapita sau luata ostateca si amenintata de a fi ucisa sau ea este sub influenta unei ideatii severe de suicid.

Doliul anticipator nu trebuie privit simplist, ca un doliu care incepe inainte ca persoana iubita sa fi decedat, ci ca o reactie de doliu calitativ diferit de cea "post-mortem" (Glick si colab. 1974). Existenta acestei reactii anticipate la pierdere a condus la reconsiderarea modului cum oamenii raspund la o pierdere irevocabila, la reconsiderarea doliului ca un proces neliniar si la rafinarea conceptelor operationale si formularea de interventii eficiente.

Rando (2000) da urmatoarea definitie a doliului anticipator: "*Doliul anticipator este fenomenul care cuprinde sapte operatii generice (doliul si durerea, copingul, interactiunea, reorganizarea psihosociala, planificarea, echilibrarea solicitarilor opuse si facilizarea decesului iminent) care, in contextul problemelor de adaptare, genereaza experientele de pierdere si trauma, stimuleaza raspunsul fata de existenta bolii sau situatiei amenintatoare de moarte si recunoasterea pierderilor din trecut, prezent si viitor*".

Tabloul clinic al doliului anticipator se aseamana foarte mult cu reactia obisnuita la doliu, doar ca contextul si narativele doliului sunt altele, insa in mod esential este vorba si aici de cautarea intelesului pierderii si a mortii in general si a greutatii de a introduce aceste intelesuri in narativele de baza ale existentei umane in general. Doliul anticipator se continua cu doliul de dupa pierdere si poate urma evolutia spre remitere sau spre complicare.

6.2. Doliul intarziat:

Principala caracteristica a doliului “intarziat” sau “nerezolvat” este absenta distresului separarii de persoana disparuta (de ex. absenta gandurilor ruminative legate de persoana disparuta, a dorului intens si a cautarii acesteia, absenta retragerii sociale asa de caracteristica reactiei de doliu). Apoi, expresia emotionala este redusa in intensitate si dureaza doar 2-3 saptamani. Astfel persoana traieste doliul doar la nivel “intelectual”, respectiv intelege pierderea, afirma durerea pierderii, intelege durerea altora, dar nu exprima emotional toate acestea. Expresia acestei persoane ne condue la idea ca ea nu e capabila sa traiasca doliul, dar asa cum spunea Lindeman (1944): “*In doliu, persoana poate sa-l amane pentru o perioada, dar niciodata sa-l evite*”. Mai devreme sau mai tarziu, aceasta persoana va trai sentimentele de doliu dupa persoana disparuta si va manifesta crize de plans, regrete, sentimente de vinovatie, dor intens fata de persoana disparuta, simptome de depresie si insomnie, uneori chiar si ideatie suicidara. Pentru foarte multi autori, doliul amanat este o varianta a doliului patologic, pentru ca nu are tendinta naturala la remitere, iar lucratorul in criza se poate confrunta cu astfel cazuri in care tristetea intensa, sentimentele de vinovatie, lipsa de valoare, insomnia rebela, ideatia suicidara apar la un interval de luni sau chiar la cativa ani de la decesul persoanei.

6.3. Doliul refuzat sau nepermis:

Doliul refuzat sau nelegitim este doliul pe care societatea nu-l valideaza si indivizii nu-l fac public pentru ca nu este recunoascut social ca atare si astfel ei nu indraznesc sa-l traiasca la vedere. Dupa Doka (2002), aici este vorba de refuzul celorlalti de a conferi individului dreptul la doliu asa cum il intelege acesta. Dupa cum spunea Selby (2007), doliul refuzat este o problema a secolului XIX si aici este vorba de o durere ascunsa de care sufera milioane de oameni care traiesc altfel de pierdere decat cea a unei persoane dragi, dar care, pentru acestia, nu este mai prejos. Doliul este trait ascuns pentru ca societatea nu il valideaza: (i) realtia de atasament a individului, (ii) obiectul pierderii, (iii) modul de exprimare a doliului, (iv) circumstantele

pierderii sau (v) pierderea ca atare (Doka, 2002). Din cauza ca nu poate sa se exprime autentic individul coloreaza acest doliu cu simptome caracteristice tulburarilor psihice, depresia si anxietatea, consumul de substante, insomnia si tulburarile in relatie cu ceilalti fiind expresia cea mai frecventa. De cele mai multe ori acest tip de doliu este legat de anumite credinte si stereotipuri culturale nevalidate de lumea in care traieste subiectul, iar recunoasterea particularitatilor subiectului, validarea lor si re-ingvestirea lui cu capacitatea de a se exprima liber sunt atitudinile care vor scoate la lumina expresia doliului si astfel vor crea premizele restitutiei (Attig, 2004). In tabelul Nr. 5 se prezinta tipurile cele mai frecvente de doliu refuzat (Selby, 2007).

Doliu refuzat de comunitate	Pierderea unei relatii care nu a fost acceptabila pentru comunitate (de ex. relatie extraconjugala)
	Pierdere care nu este recunoscuta de ceilalti ca pierdere (de ex. infertilitate)
	Excluderea individului ca nefiind capabil de a trai doliul (de ex. negarea felului cum traieste pierderea)
	Excluderea individului datorita circumstantelor pierderii (de ex. suicid, avort)
	Excluderea individului datorita modului de exprimare a doliului, care nu este potrivit cu viziunea comunitatii (de ex. felul de expresie emotionala, imbracaminte, ritualuri, etc.)
	Excluderea individului din cauza ca intensitatea pierderii nu este adecvata (de ex. dupa pierderea unui animal de companie)
	Excluderea individului din cauza ca pierderea nu este considerata ca atare (de ex. pierderea simbolica a unei situatii sau a unei legaturi de atasament)
Doliu refuzat de individul insusi	Retinerea de a exprima doliu din cauza rusinii, comunitatea nu vede sau nu crede in ceea ce el a pierdut

Tabelul Nr. 5: Tipurile de doliu refuzat (modificat dupa Selby, 2007)

7. Interventia in criza:

7.1. Contactul cu individul in doliu:

Cu toate ca individul care traieste doliul isi da seama usor ca traieste o criza existentiala profunda, care ii pune la incercare atat intelesurile existentei cat si resursele pentru a merge mai departe, el va solicita destul de rar un ajutor specializat. El va considera doliul sau ca o durere personala pe care trebuie sa o traiasca in sine sau cu cei intimi si impartasirea cu altii ar insemna o impietate. Bowen (1978) spunea ca “*moartea este primul taboo*” in comunicare, regula de a nu vorbi fiind unul din taboo-urile care se respecta in doliul din familiile din cultura vestica. Tacerea exprima ideea ca persoana iubita nu a decedat, ea face parte din stadiul de negare a pierderii. Ritualurile religioase ale inmormantarii deschid pentru prima oara o fereastra pentru a face

publica pierderea si durerea lui si din acest moment subiectul este treptat mai permisiv pentru a comunica despre doliul sau. Ritualurile de comemorare ale persoanei disparute ajuta subiectul sa puna in narative obiectul dragostei lui si astfel sa-l faca nemuritor si astfel devine disponibil sa vorbeasca despre felul cum traieste doliul si in felul acesta sa faca inca un pas spre a-l rezolva. Acesta este istoria cea mai des intalnita a modului in care un individ incepe sa vorbeasca public despre doliul sau. Trebuie amintit ca desi factorii culturali si religiosi tind sa exercite o influenta normativa asupra felului cum cineva exprima doliul, ideea ca toti oamenii trebuie sa manifeste doliul in moduri dinainte prescrise este pe cale sa stearga (Field si coab. 2005). Pe de alta parte exista conceptia ca daca individul comunica despre durerea lui aceasta este de natura sa-i usureze povara si doliul sa se rezolve mai repede. Stroebe si colab. (2002) au studiat un lot de 128 de indivizi cu doliu si dupa 2 ani nu au constatat nici o ameliorare care sa justifice ca impartasirea emotiilor lor a contribuit in vreun fel la copingul cu pierderea. Ceea ce se schimba este modul cum individul din societatea post-moderna intelege disparitia unei persoane de atasament si felul cum incearca sa treaca peste doliu. Acesta se simte din ce in ce mai liber sa relativizeze puterea ritualurilor religioase, sa externalizeze ceremoniile si sa pozitioneze persoana disparuta intr-un discurs public. Ritualul religios este treptat inlocuit de ritualul "terapeutic", subiectul fiind incurajat sa rezolve doliul intr-un grup de discutii sau cu ajutorul unui consilier specializat, loc unde ia contact cu vocabularul si patternurile verbale prin care doliul sau va primi o legimitate sociala. Se asista la o trecere graduala de la un model religios-ritualic, emotional si privat la un model epic si public de exprimare a doliului, iar legaturile cu persoana disparuta trec din registrul emotional traditional in unul cognitiv, genealogic-memorialistic.

Lucratorul din criza are rar ocazia sa vada un individ in doliu venind din proprie initiative in program. De cele mai multe ori este adus de familie, prieteni sau personal de ingrijire din cauza tulburarilor de functionare, a incapacitatii de coping cu distressul pierderii, a ecloziunii ideilor suicidare sau a aparitiei de simptome psihopatologice. Ori cum ar fi, lucratorul din criza trebuie sa considere ca a fi alaturi de o persoana care se confrunta cu doliul este un mare privilegiu si chiar un dar. Asa cum spunea Becvar (2003): "*aceasta experienta sporeste si afirma abilitatea de a valoriza atat ce este obisnuit cat si ce este extraordinar si furnizeaza oportunitatea de a ajuta si usura experienta de doliu a altora*".

Lucratorul in criza trebuie sa fie pregatit pentru a lucra cu o persoana ca traieste doliul. Lucrul cel mai important este ca el sa nu vina cu idei preconcepute despre cum doliul trebuie exprimat si trait. Fiecare individ traieste doliul in modul sau particular si din acest motiv nu poate

exista o persoana cu expertiza specifica. Dupa cum spunea Welshons (2002): "*rolul tau este de a fi prezent si impreuna cu persoana, mai curand decat a fi un salvator; un companion mai degraba decat un ghid, un prieten mai degraba decat un profesor*".

Totusi exista cateva sugestii pe care lucratorul din programul in criza trebuie sa le urmeze de fiecare data cand se intalneste cu un individ care traieste doliul. Acestea sunt izvorate din idea ca cel mai bun si asteptat raspuns la durerea doliului este validarea, exprimarea faptului ca ceea ce experimenteaza subiectul este ceva normal, uman si pe de-a intregul acceptat. In felul acesta se creaza premizele deschiderii lui catre un dialog autentic. Aceste sugestii sunt prezentate in tabelul Nr. 5 (Wheeler-Roy si Amyot, 2004).

1. Contactul vizual si expresia faciala:	- fa contact vizual dar nu privi fix;
	- exprima facial interesul si grija;
	- evita gesture care sa-ti acopere fata;
2. Limbajul corporal:	- fi atent si relaxat si foloseste gesture positive;
	- orienteaza corpul spre persoana care vorbeste;
	- stai la acelasi nivel cu persoana;
	- adopta o pozitie "deschisa" (nu sta picior peste picior sau cu bratele incrucisate);
3. Stilul vocal:	- foloseste stilul normal al conversatiei, nu dramatiza;
	- vorbeste relaxat si cald;
4. Stilul comunicarii:	- nu schimba subiectul si nu intrerupe;
	- ofera timp si nu te arata precipitat;
	- respecta momentele de liniste si reflexive ale subiectului;
5. Comunicarea empatica si actica	- ascultarea in maniera empatica, active si suportiva
	- validarea experientelor emotionale ale subiectului ca normale si acceptabile
	- exprimarea compasiunii prin prezenta autentica alaturi de subiect atat in tacerile cat si in marturisirile lui

Tabelul Nr. 5: Sugestii privind contactul cu un subiect ce traieste doliul (dupa Wheeler-Roy si Amyot, 2004)

7.2. Evaluarea severitatii doliului si a impactului asupra functionarii

Din primele momente ale contactului cu subiectul, lucratorul in criza trebuie sa se asigure ca incaperea este adecvata, linistita, cu destula lumina, sa nu accepte alte persoane, in special alt coleg, sa ofere un loc confortabil subiectului si sa se pozitioneze fata in fata, insa nu prea aproape unul de altul. Este bine ca sa nu existe vreo piesa de mobilier intre cei doi.

Pe tot parcursul comunicarii cu subiectul, lucratorul in criza trebuie sa exprime faptul ca este impreuna cu subiectul in aceasta incercare; "a fi impreuna este cel mai eficient ajutor pe care poate sa-l primeasca o persoana in aceasta situatie. Exista mai multe feluri de a fi in compania

cuiva (Wolfelt, 1998) si in situatia doliului primul fel trebuie sa fie cel spiritual, cand profesionistul exprima condoleantele fata de pierderea suferita ("*vreau sa exprim condoleantele mele sincere fata de pierderea suferita*"…), aceasta facandu-se in mod decent si empatic ("*compania spirituala*") ca apoi sa continue cu validarea doliului subiectului *("imi dau seaman cat va este de greu in aceste momente si va asigur ca aveti toata consideratia si respectul pentru suferinta care o incercati*"…). Apoi lucratorul in criza isi indreapta focusul spre persoana disparuta, cerand detalii despre cine e persoana disparuta, care este gradul de rudenie, cand a decedat, in ce conditii, etc, toate aceste intrebari fiind puse cu delicatete si in secventa in care subiectul este dispus sa dezvaluie aceste informatii ("*compania prin curiozitate*"). In cele mai multe cazuri subiectul vrea sa vorbeasca despre persoana disparuta ca un gest de evocare pioasa. De-a lungul naratiunii subiectului, lucratorul trebuie sa asculte atent si empatic si sa furnizeze sugestiile conversationale adecvate pentru a face subiectul sa puna povestea lui in cat mai multe cuvinte ("*compania prin ascultare*"). Daca se opreste, aceste momente de liniste trebuie respectate ca si momentele in care este emotional si plange sau suspina; lucratorul din criza va ramane nemiscat in acele momente, poate doar sa ofere un pahar cu apa si un servetel pentru a-si sterge ochii si fata, nu va pune mana pe subiect, nu-l va mangaia sau bate pe spate ("*compania prin liniste si nemiscare*"). In acele momente subiectul are nevoie doar de o prezenta decenta si de nu martor ("*compania prin prezenta*").

Prin nararea doliului subiectul va evoca persoana disparuta, cat de importanta a fost aceasta pentru subiect, cat de mult ii lipseste si cat de mult sufera. Pe parcursul acesteia subiectul va infatisa felul cum experimenteaza doliul, iar clinicianul trebuie sa-l incurajeze sa descrie cu cat mai detalii experientele lui si sa identifice, sa inteleaga si sa puna in cuvinte aceste sentimente. Nu trebuie uitat ca ideatia suicidara poate exista undeva ascunsa printer trairile dureroase ale subiectului si daca ea nu este evocata de subiect, ea trebuie in mod activ explorata de clinician. Cu putine exceptii, subiectul nu va descrie felul cum durerea lui interfera cu viata lui curenta, nu se va plange despre aceasta, dar lucratorul din criza trebuie sa evalueze cu foarte multa grija felul si magnitudinea cu care trairea doliului afecteaza functionarea subiectului in diferite arii ale vietii lui, precum cea vocationala, sociala si domestica. Parcurgand secventa tipica de mai sus, tabloul trairii doliului se completeaza treptat, respectiv sentimentele si gandurile subiectului, distresul provocat de doliul si interferenta acestora cu functionare obisnuita a subiectului.

In aceasta etapa a comunicarii, nu se recomanda ca clinicianul sa caute sa identifice daca subiectul vrea sau incearca sa depaseasca doliul. A pune astfel de intrebari prea curand pe

parcursul evaluarii semnifica faptul ca doliul lui nu este validat, nu este inteles si subiectul incepe sa creada ca nu a fost ascultat sau nu este in locul potrivit; cu astfel intrebari se deschide etapa ulterioara, de intereventie.

Doliul are un impact asupra tuturor aspectelor vietii individului si nu se aseamana cu nici o alta trauma. Desi fiecare om experimenteaza doliul in modul lui propriu, exista manifestari comune, precum cele amintite in sectiunea a 4-a a acestui capitol. Reamintim aici ca este vorba de reactii fizice, comportamentale, emotionale si cognitive a caror durata esta variabila in functie de o serie de factori dintre care cei mai importanti sunt felul relatiei de atasament cu persoana disparuta, bruschetea pierderii, personalitatea supravietuitorului si istoria traumelor si a pierderilor pe care le-a suferit. Aceste reactii sunt denumite "*primare*", in sensul ca ele apar imediat, sunt quasi-universale si se datoreaza impactului direct si nemediat asupra individului. Dar sunt si pagube zise "*secundare*", cele care urmeaza reactiile primare si care sunt mai de lunga durata. Acestea sunt cele care afecteaza intelesurile si sensurile existentei pe termen lung, rolurile persoanei, relatiile cu altii, statutul economico-financiar, structura familiei, capacitatea functionala sau abilitatea de a spera si de a seta un scop. Aceste "pierderi secundare" sunt cele care vor antrena modificarile de durata a individului care se confrunta cu pierderea unei peroane dragi si sunt tinta schimbarilor adaptative facute de subiect singur sau cu ajutorul altora.

Dupa formarea unei aliantei empatice si fluidizarea comunicarii, clinicianul din programul de criza va putea sa treaca la evaluarea modului in care subiectul traieste doliul. Este bine ca aceasta evaluare sa se faca dupa un plan bine stabilit care sa identifice severitatea "domeniilor doliului", respectiv factorii sub care se aglutineaza unele din simptomele pierderii (Altmaier, 2011). Aceste domenii si definitiile lor sunt prezentate in Tabelul Nr. 6.

Prezenta afectarilor din aceste domenii si simptomele pierderii se pot decela printr-un interviu cu intrebari deschise, conform experientei clinice a profesionistului Nu trebuie uitat niciodata sa se ia in considerare si contextul cultural in care se plaseaza subiectul, context care imprima particularitati deosebite felului cu se exteriorizeaza doliul.

In cazul in care exista dubii sau pentru o evaluare documentata, clinicianul poate administra instrumente structurate de evaluare a doliului si in special pentru decelarea doliului complicat. Exista o serie de instrumente de evaluare care detin proprietati psihometrice satisfacatoare pentru a fi introduse in practica curenta. Dintre acestea mentionam:

Domeniul	Definitia
Simptome fizice	Reactii fiziologice si somatice
Dificultati cognitive	Dificultati de memorie, concentrare, judecata
Incertitudine asupra viitorului	Pierderea intelesului vietii, pessimism asupra viitorului
Negare	Neacceptarea pierderii, soc, confuzie, perplexitate
Interactiuni interpersonale	Schimbari in relatiile cu ceilalti
Raspuns emotional	Plaja larga de reactii specifice pierderii si doliului
Injustitia pierderii	Frustrare, sentimentul ca nu e just, ca lumea nu e dreapta
Ritualuri simbolice	Angajarea in comportamente si ritualuri simbolice
Continuarea legaturii	Continuarea legaturii afective, cognitive si comportamentale
Beneficiul doliului	Schimbari pozitive ale selfului urmare a pierderii

Tabelul Nr. 5: Domeniile pierderii si definitiile lor (Altmaier, 2011)

7.2.1. Inventarul Texas pentru doliu – forma revizuita (*Texas Revised Inventory of Grief – TRIG*) a fost dezvoltat de Faschingbauer si colab. 1987). Instrumentul de autoevaluare contine 21 itemi, impartiti in doua subscale, una pentru evaluarea doliului current si alta pentru evaluarea afectarii imediat dupa piarderea persoanei. Fiecare item este evaluat pe o scala cu cinci ancore, in functie de cat de adevarata sau falsa este afirmatia respectiva. Inventarul este frecvent utilizat pentru ca ofera posibilitatea de a construe un profil al doliului individului si de a urmari evolutia lui in timp. Timpul de completare a acestei scale este de 5-10 minute.

7.2.2. Inventarul experientelor de doliu (*Grief Experience Inventory –GEI*) a fost construit de autorii lui (Sanders si colab. 1985) pentru a evalua evolutia longitudinala a doliului. El este un instrument laborious care contine 135 itemi grupati in 9 scale pentru doliu (disperare, manie-ostilitate, vinovatie, izolare sociala, lipsa de control, ruminatie, depresonalizare, somatizare si anxietate), 3 scale de validitate (negare, raspunsuri atipice si dezirabilitate sociala) si 6 scale de cercetare (tulburari de somn, apetit, fatigabilitate, simptome fizice, optimism-disperare si dependenta). Scala reuseste sa identifice persoanele cu doliu si un scor mare indica dificultatile persoanei de a accepta pierderea.

7.2.3. Elementele esentiale ale pierderii (*Core Bereavement Items – CBI*) este destinata sa evalueze intensitatea reactiei de doliu si cuprinde 17 itemi grupati in trei scale (imagini si ganduri, separare acuta si doliu) la care se raspund in functie de frecventa simptomului (Burnett si colab. 1997). Acesti itemi au fost selectionati prin analiza factoriala a 76 de simptome care au

fost identificate prin interviuri directe cu persoane care traiau doliul. Exista si versiunea lunga a scalei, care are 35 itemi si 7 factori.

7.2.4. Lista Hogan a reactiilor de doliu (*Hogan Grief Reaction Checklist – HGRC*) a fost dezvoltata in mod special pentru a deosebi doliul de depresie si anxietate (Hogan si colab, 2001). Instumentul are 61 itemi grupati in 6 categorii: disperare, comportament de panica, manie/blamare, dezorganizare, detasare si dezvoltare perosnala.

7.2.5. Scalele Jacobs de masurare a doliului *(Grief Measurement Scales – GMS*) au fost construite de Jacobs si colab.(1986) in baza teoriei atasamentului. Este vorba de un interviu structurat in doua parti, care evalueaza perplexitatea si negarea cu 7 intrebari si anxietatea de separare cu 12 intrebari.

7.2.6. Inventarul doliului complicat - forma revizuita *(Inventory of Complicated Grief-R – ICG-R)* este instrumentul cel mai utilizat pentru identificarea si evaluarea severitatii doliului complicat. El a fost dezvoltat si revizuit de Prigerson si colab. (1995 si 2009) si a cunoscut mai multe versiuni, iar versiunea pe care o prezint in aceast capitol si pe care o recomand a fi inclusa in practica curenta a programului de criza, este cea cu 17 intrebari. Intrebarile vor sa identifice existenta simptomalor apartinand distresului de separare (Criteriul A1), a distresului traumatic (Criteriul A2), durata mai mare de 6 luni (criteriul C) si felul cum acestea au afectat functionarea individului (Criteriul D). Primele 4 intrebari, apartinand sectiuni A1 si urmatoarele 11 intrebari, apartinant criteriului A2, solicita un raspuns pe o scara Likert cu 5 puncte. Intrebarea 16, corespunzand criteriului durata C, exploreaza persistenta acestor simptome, iar intrebarea 17, corespunzand criteriului D, evalueaza functionarea subiectului. Prezenta doliului complicat se justifica daca subiectul a furnizat un scor egal sau mai mare de 4 la 3 din intrebarile din sectiunea A1, un scor egal sau mai mare de 4 la 5 din intrebarile de la sectiunea A2; in plus simptomele trebuie sa dureze mai mult de 6 luni si sa interfere cu functionarea subiectului. Aceasta scala a trecut cu succes mai multe studii de validitate si confidenta prezentand astfel calificative psihometrice foarte bune. Se presupune ca aceasta scala va fi inclusa in DSM-5 ca instrument de evaluare a doliului complicat. Scala este prezentata in Anexa Nr. 1.

Daca in urma evaluarii, subiectul implineste criteriile unui doliul complicat, lucratorul in criza trebuie sa indrume subiectul catre specialistul psihiatru, sa-i furnizeze imediat legatura cu acesta si sa planifice cat mai rapid aceasta vizita medicala. Lucratorul in criza trebuie sa informeze respectivul specialist despre vizita acestui pacient si in felul acesta face transferul de responsabilitate. Contactele ulterioare de urmarire se stabilesc cu aceasta ocazie.

7.3. Incurajarea exprimarii emotiilor, gandurilor, comportamentelor si a copingului cu doliul

Felul cum un subiect care isi traieste doliul este potrivit sa fie consolat si ajutat este inca un mister in cultura vestica. Este bine cunoscuta jena sau chiar frica a oamenilor de a nu comite vre-o impolitete atunci cand comunica cu un astfel de individ. Lucratorul din criza nu se poate considera un expert in aceasta privinta pentru ca fiecare individ isi traieste doliu in mod aparte. Se recomanda ca dupa o faza preliminara, de constituire a unei legaturi empatice, sa se continue cu invitarea politicoasa a subiectului de a vorbi despre pierderea suferita si despre sentimentele lui. Exprimarea interesului si curiozitatea profesionala de a afla cat mai multe despre cum subiectul experimenteaza doliul il ajuta pe acesta sa verbalizeze si sa contureze mai bine sentimentele si gandurile lui. Prin stilul de ascultare activa, clinicianul furnizeaza sugestiile conversationale pentru a face cat mai clara si laborioasa povestea lui si astfel subiectul identifica si numeste fiecare din trairile lui. Aceasta este adevaratul inteles al acestei faze, de a ajuta subiectul sa identifice, sa denumeasca si sa descrie sentimentele, gandurile si comportamentele doliului sau. Pe parcursul acestei comunicari, clinicianul intreaba cu delicatete si la momentul potrivit, daca subiectul considera ca aceasta povara a doliului trebuie s-o duca inainte sau vrea sa o depaseasca cumva si daca a facut unele eforturi in sensul acesta. Este bine sa se evite intrebarile care incep cu “de ce”, uimirea legata de modul in care subiectul vrea sau nu vrea sa depaseasca necazul pe care-l traieste, de strategiile utilizate, etc. Din contra, lucratorul in criza trebuie sa recunoasca trairile subiectului, sa le valideze, sa aprobe ceea ce a facut sau vrea sa faca. Subiectul este expert in doliul sau si orice imixtiune poate sa-l faca sa se retraga din comunicare. Ceea ce in mod obisnuit subiectul accepta, este impartasirea experientei proprii dintr-o situatie asemanatoare, respectiv impartasirea experientei doliului propriu. Apoi se va incerca trezirea curiozitatii subiectului spre modalitati noi de coping. In tabelul Nr. 6 se afla o lista cu cateva din strategiile simple de coping care s-ar potrivi indivizilor in doliu.

*O persoana depaseste pierderea odata cu trecerea timpului si, cu oarecare suport din afara, accepta pierderea si dobandeste un nou inteles pierderii, vietii si identitatii***.**
- Nu lupta cu durerea si celelalte sentimente pe care le ai; nu-ti spune cum ar trebuie sa te simti si nu lasa pe altii sa-ti spuna cum ar trebuie sa te simti;
- Fi rabdator cu acest proces, nu te grabi, indiferent de asteptarile pe care le ai;
- Accepta ca ai nevoie de experienta acestei dureri, de emotiile tale si ca drumul tau spre revenire are calendarul sau, nu te compara cu altii; nimeni nu poate sa-ti spuna ce sa simti si cand sa te opresti;
- Exprima sentimentele tale, daca vrei sa plangi, plange, ambele sunt modalitati ale recuperarii din doliu;
- Cauta ajutor in afara, vorbeste despre pierderea ta, despre trairile tale, nu gandi ca protejezi familia ta daca nu vorbesti despre ea, cere ajutor de la altii, cauta pe altii care au pierdut pe cineva drag si vorbeste cu ei;

- Incearca sa mentii o viata normala, nu fa schimbari majore acum (de ex. sa te muti, sa-ti schimbi locul de munca, sa schimbi relatii, etc.) in primul an de doliu; incearca sa-ti pastrezi radacinile acolo unde le ai ca sa-ti pastrezi un sentiment de securitate;
- Ai grija de tine insuti, alimenteaza-te corect si fa exercitii fizice; activitatea fizica este o metoda buna de a reduce tensiunea; incearca sa te odihnesti si sa dormi cat mai bine;
- Evita sa bei mult sau sa folosesti droguri, asta te face sa-ti obturezi emotiile, ba chiar poti sa adaugi alte probleme la cele pe care le ai déjà;
- Iarta-te pentru greselile pe care le faci sau le-ai facut, compasiunea si iertarea fata de tine insuti si fata de altii este o cale importanta spre revenire;
- Da-ti o pauza din doliu, incearca sa te relaxezi, sa faci lucruri care iti faceau placere alta data, du-te la teatru sau cinema, citeste o carte, asculta muzica, du-te la coafor sau manichiura, mergi la restaurant cu un prieten;
- Nu neglija sarbatorile, aniversarile, vacantele si alte ritualuri de familie, cu prietenii sau pentru tine insuti; planifica timpul pe care vrei sa-l petreci cu altii;
- Fa ceva in memoria persoanei dragi pe care ai pierdut-o;
- Participa la un grup de discutii pe probleme de doliu (in persoana sau pe internet), afla ce au simtit si trait altii, cauta sa gasesti sfaturi practice;
- Cand te simti in stare, fa ceva creativ: scrie o scrisoare la persoana care a murit si spune-i ce ai vrei sa-i spui; scrie in jurnalul tau, picteaza, planteaza flori sau copaci,
- Implica-te in cauze si activitati comunitare pentru a-i ajuta pe altii in numele persoanei disparute sau ceea ce crezi ca persoana disparuta ar dori sa faci;

Tabelul Nr. 6: Sugestii de moduri de coping cu doliul

7.4. Evaluarea sigurantei subiectului si formularea planului de siguranta:

Oricand pare potrivit pe parcursul comunicarii, clinicianul trebuie sa-si ia libertatea sa intrebe despre existenta gandurilor suicidare active in prezent sau in trecut. Siguranta subiectului are prioritate in fata oricaror activitati din interventia in criza. Trebuie evaluata cu grija vulnerabilitatea generala pentru suicid, prin explorarea atat a istoriei de suicidalitate, cat si a existentei ideatiei suicidare in prezent. De importanta deosebita este decelarea relatiei dintre prezenta ideatiei suicidare si doliul sau cu psihopatologia de co-morbiditate, precum depresia, anxietatea, tulburarea postraumatica, personalitatea borderline, etc.

Prezenta ideatiei suicidare declanseaza cascada de evaluare a riscului, respectiv evaluarea severitatii ideatiei suicidare, prezenta intentiei suicidare, setarea unui moment al suicidului, existenta planului de suicid si existenta mijloacelor de suicid. Evaluarea riscului de suicid se face cel mai bine prin instrumente starndardizate, prezentate pe larg in capitolul dedicat evaluarii si interventiei in caz de ideatie suicidara. Aceste instrumente, precum scala Columbia pentru evaluarea severitatii riscului suicidar sau Checklist-ul de evaluare a lui Rogers, au avantajul unei evaluari complete, dar si cel al documentarii si responsabilitatii fata de cazul in speta. Prezenta unei suspiciuni cat de mici a pericolului de suicid trebuie sa-l faca pe lucratorul din programul de criza sa formuleze un plan de siguranta pe care subiectul sa-l agreeze. La fel, contactele de

urmarire cat mai stranse fac ca subiectul sa fie tinut intr-o retea de siguranta de care are nevoie atat timp cat ideatia suicidara este activa.

Cititorul este invitat de viziteze adresa web de mai jos pentru a afla mai multe amanunte despre modul cum se face evaluarea unui subiect suicidar si cum se formuleaza un plan de siguranta:

http://www.vrasti.org/5.%20Evaluarea%20si%20interventia%20in%20criza%20pentru%20un%20individ%20suicidar.pdf)

7.5. Reimputernicirea subiectului cu capacitatea de a restaura functionarea si relocarea emotionala a persoanei care a decedat:

Aceasts etapa este nucleul interventiei clinicianului in cazul crizei subiectului aflat in doliu. Contrar a celor care s-ar putea crede, in aceasta etapa lucratorul in criza nu trebuie sa se focalizeze pe usurarea distresului subiectului, ci pe re-imputernicirea lui cu capacitatea de a se reconecta la viata curenta si de a merge inainte. Cum un individ depaseste distresul pierderii si cel al separarii sunt probleme prea personale ca cineva din afara sa-i spuna ce sa faca sau sa-i tina lectii si discursuri; astfel de abordari sunt sortite esecului. In schimb, ajutorul oferit subiectul de a incepe sa se reinsereze in viata obisnuita, sa recupereze rutinele de munca, familiale, de odihna si de recreere, sunt binevenite. Subiectul trebuie ajutat sa inteleaga ca sentimentele si gandurile legate de doliul sunt un mod de a tine persoana pierduta in viata si langa inima lui, iar el nu trebuie sa “lupte” cu aceste sentimente si ganduri cu scopul de a continua viata. El trebuie sa traseze o linie intre doliu si functionarea lui, sa le puna “pe doua pagini diferite”, sa inceapa sa creada ca insasi persoana disparuta ar vrea sa-l vada activand, muncind, ingrijindu-se de familia lui si de el insusi. Avand o existenta normala, el va fi capabil sa tina in viata mai bine si mai aproape persoana disparuta, cu conditia sa nu le amestece impreuna. In acest sens, ajuta subiectul sa creada ca are capacitatea si puterea sa inceapa sa traiasca din nou si ca aceata nu inseamna ca intoarce spatele persoanei pe care a pierdut-o. Lucratorul din criza este bine sa incerce, impreuna cu subiectul, sa formuleze un plan concret de ingrijire, care sa cuprinda cateva din actiunile pe care subiectul este de acord sa le intreprinda:

(i) Sa priveasca in fata sentimentele sale, sa le exprime intr-un mod tangibil, sa le denumeasca si sa le accepte, sa nu se judece pentru ele, sa nu se lupte cu ele si sa nu accepte ca altii sa-i spuna cum ar trebui sa se simta;

(ii) Primul lucru concret care poate sa-l faca, este sa se intoarca spre familie si prietenii lui, sa sparga izolarea si sa accepte sa vorbeasca, sa pune in cuvinte doliul dar si speranta lui. Este important sa nu traiasca singur doliul. Daca este singur, se poate adresa unor grupuri de auto-ajutor existente in comunitate;

(iii) De mare importanta este sa aiba grija de el insusi, sa inceapa sa fie mai atent cum apare in public, incepand de la igiena personala pana la imbracaminte, sa se alimenteze si sa se hidrateze corect, sa nu consume alcool sau droguri, sa caute sa se odihneasca adecvat, sa reinceapa sa aiba grija de medicatia recomandata pentru tulburarile lui preexistente doliului;

(iv) Apoi subiectul trebuie incurajat sa inceapa sa se adapteze la rolul si contextul nou creat prin disparitia persoanei, respectiv sa inceapa sa rezolve problemele financiare sau locative, sa-si aroge responsabilitatile care ii revin, sa ia deciziile care se cuvin;

(v) Subiectul sa seteze un punct in timp cand sa inceapa sa lucreze, sa se duca la serviciu si sa-si reia obligatiile sociale si vocationale asumate anterior;

(vi) Sa-si faca un plan de coping cu situatiile care ar putea declansa reactii emotionale acute de doliu, precum participarea la comemorari, aniversari, intalniri care resusciteaza cu putere amintirea persoanei pierdute;

(vii) Sa incerce sa exprime sentimentele de pierdere intr-un mod creativ, respectiv sa utilizeze un mod evocativ-simbolic (sa scrie intr-un jurnal, sa asculte muzica, sa cante la un instrument, sa planteze flori sau un pom, sa dea numele persoanei unei actiuni sau gest caritabil, etc.);

(viii) sa incerce sa restructureze gandurile lui despre pierdere, sa dea inteles acestora, sa priveasca “filozofic” viata, sa identifice si sa accepte schimbarile care se petrec cu el insusi, sa transfere in spiritualitate pierderea si intelesul ei;

(ix) sa mediteze la necesitatea de a merge la un consilier sau terapist daca crede ca aceasta este benefic (vezi tabelul de mai jos);

Contacteaza un consilier/terapist daca exista:
- Sentimentul constant ca viata nu merita traita;
- Dorinta de a fi murit impreuna ca persoana iubita;
- Blamarea pentru pierdere sau pentru a nu o fi prevenit;
- Apatie constanta, izolare sociala, pierderea interesului pentru viata;
- Ideatie paranoida, blamarea altora, suspiciozitate exagerata;
- Incapacitate de a performa activitati uzuale;

7.6. Prezentarea resurselor disponibile si indrumarea:

Interventia continua cu introducerea subiectului in resursele pe care comunitatea le ofera persoanelor care se confrunta cu doliul precum: consilieri si terapeuti specializati in acest domeniu, grupuri de discutii si auto-ajutor, consiliere spirituala, organizatii religioase si de consiliere religioasa, servicii de sanatate mentala, organizatii sau agentii care ofera consiliere legala, financiara sau ajutor domestic. Pentru fiecare din acestea subiectul primeste o carte de vizita cu adresa si modul de contactare. Lucratorul din criza trebuie sa evidentieze cat de important este ca subiectul sa aibe pe cineva alaturi, sa accepte ajutor din afara, sa ia decizii si sa resolve problemele la timp si in bune conditiuni. Aceasta etapa se incheie cu formularea unui plan care cuprinde ce ajutor extern are nevoie subiectul si la care va fi referit de programul de criza. Indrumarea se face prin contacterea activa a persoanei sau agentiei/organizatiei care va fi contactata, solicitarea unei vizite pentru subiectul in cauza cu specificarea datei si orei rezervate. Daca subiectul este indrumat la o vizita medicala de specialitate, aceasta indrumare este insotita de transferul de responsabilitate, respectiv de transferul informatiilor profesionale urmat de cel putin un contact de urmarire (de ex. un telefon relativ la prezentarea subiectului la vizita medicala si rezolutia acesteia).

7.7. Contactele de urmarire

Ca si in alte cazuri de interventie in criza, activitatea lucratorului in criza nu se opreste odata ce contactul direct sau telefonic cu subiectul s-a incheiat, pentru ca nici responsabilitatea profesionala a acestuia nu se termina aici. In functie de severitatea crizei, a resurselor de coping ale subiectului, al suportului proximal, a prezentei factorilor de risc sau a celor medicali, clinicianul discuta cu subiectul nevoia contactelor de follow-up, obtine acordul de a fi chemat la domiciliu, stabileste orarul si frecventa acestora si scopul acestora. Ideal, scopul acestor contacte este de a trece in revista progresele subiectului, evaluarea riscurilor, revizuirea planul de ingrijire sau de siguranta care a fost deja formulat, evidentierea nevoilor subiectului si oferirea de ajutor pentru rezolvarea acestora, sugestii privid copingul cu dificultatile curente si exprimarea disponibilitatii programului de criza de a ajuta in continuare. Criza este o problema punctuala a vietii subiectului, dar rezolvarea ei este o problema longitudinala a clinicianului impreuna cu subiectul.

In Diagrama nr. 1 se prezinta algoritmul tipic al evaluarii si interventiei in cazul crizei subiectului care se confrunta cu doliul dupa pierderea unei persoane dragi.

7.8. Documentarea

Toate activitatile desfasurate cu subiectul si/sau in numele subiectului vor fi evidentiate in notele clinice redactate dupa fiecare din contactele cu acesta. Aceste note ofera justificare si credibilitate activitatilor desfasurate, mentine un standard profesional inalt si conduc la aliniere la codurile de buna practica profesionala si pot fi considerate ca documente legale in cazuri litigioase. Aceste note clinice sunt si un mod in care profesionistul isi ofera un feed-back narativ, iar directorul de program poate exercita o superevizare calitativa.

7.9. Doliul la copii

Pornind de la idea larg raspandita ca copii nu inteleg semnificatia doliului, adultii cauta sa tina departe copii de ceea ce se intampla in familie cand cineva drag a disparut. Mai mult, adultii considera ca nu exista vocabular pentru a conversa cu copii despre moartea cuiva si de aceea este nepotrivit si jenant sa discuti cu copii acest subiect. Exista ceva adevar in aceste credinte populare, precum faptul ca copii prescolari gandesc ca moartea este doar temporara si oricum este reversibila. Mai tarziu, dupa 9 ani, copii incep sa inteleaga ca moartea este ceva ireversibil si cu ocazia aceasta incep sa perceapa durerea pierderii, care se manifesta ca o rupere a legaturii de atasament insotita de sentimente de insecuritate, anxietate si vinovatie. Uneori comportamentul este mai mult dominat de manifestari comportamentale aberante. Mai jos sunt cateva sugestii referitor la modul de a vorbi cu un copil despre doliu (dupa www.dougy.org):

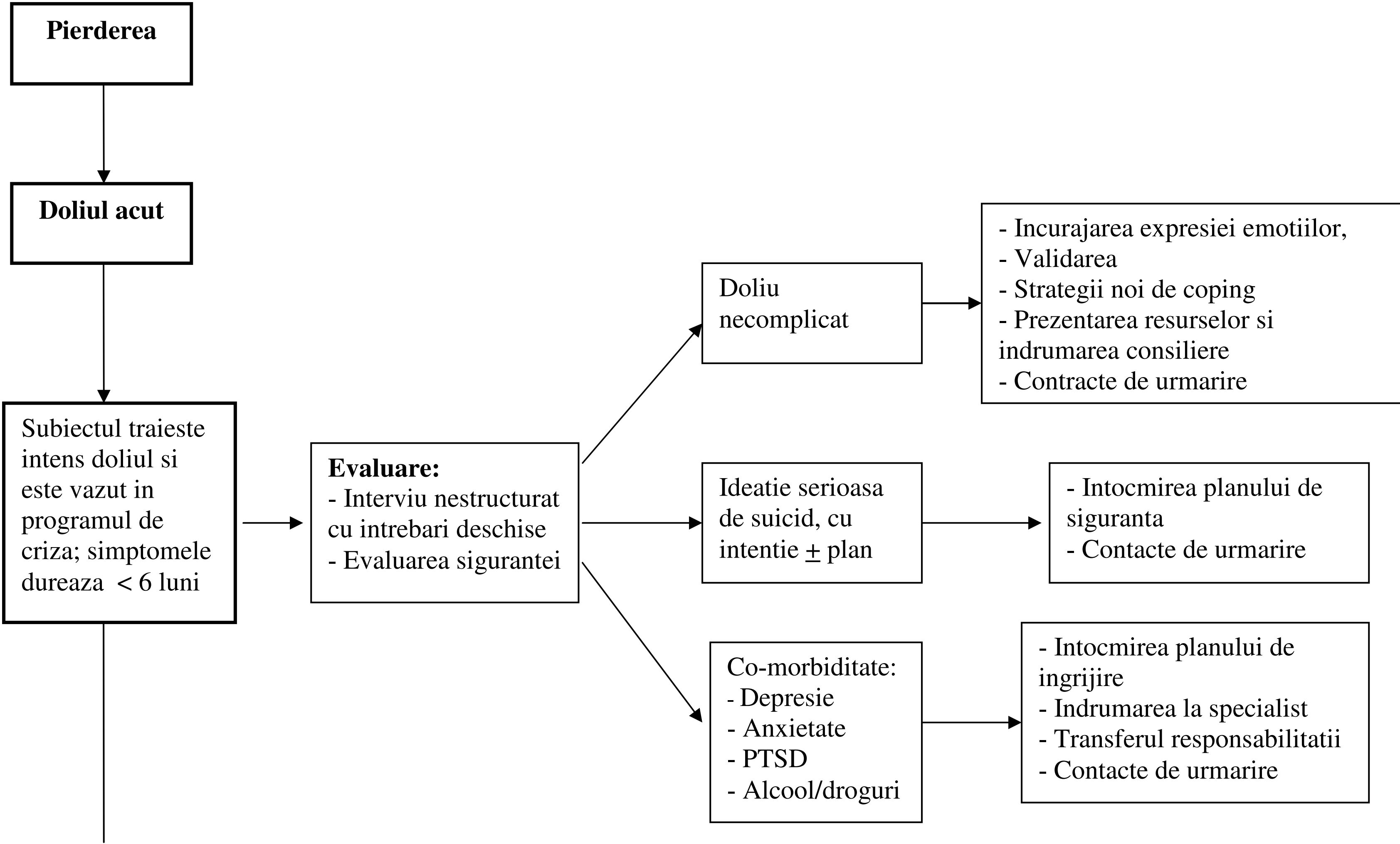
- Indiferent de intrebarile pe care le pun, trebuie sa se raspunda cat mai onest;
- Explica ce s-a petrecut in asa fel incat copilul sa inteleaga;
- Incurajeaza-l sa vorbeasca, asculta-l si accepta-i sentimentele;
- Raspunde-I la intrebari scurt si simplu, nu spune ca e prea mic ca sa inteleaga;
- Nu-i provoca frica;
- Asigura-l ca este iubit, protejat si in siguranta;
- Exprima afectiune, suport si grija;
- Nu ascunde sentimentele tale.

7.10. Doliul si familia

Este de la sine inteles ca atunci cand cineva moare este afectata toata familia, insa trebuie acceptat ca fiecare din familie are propriul lui mod de a trai, a exprima si rezolva doliul. Si fiecare familie, ca intreg, are propria ei expresie a doliului in functie de valorile culturale si spirituale in care este ancorata, cat si in functie de relatiile si dinamica care existenta intre membrii ei. Moartea creiaza un vacuum si sistemul emotional familial va incerca sa-l umple oricum.

Dintre factorii care afectreaza doliul in familie trebuie mentionat: (i) contextual social si etnic, (ii) istoria pierderilor anterioare, (iii) in ce moment al ciclului vietii s-a petrecut decesul. (iv) natura decesului, (v) pozitia in familie a celui decedat, (vi) modalitatea de comunicare in familie, (vii) gradul de instructie, (vii) spiritualitatea si religiozitatea membrilor ei (Moules si colab. 2007).

Lucratorul din programul de criza nu are ocazia sa abordeze problema doliului in mod sistemic; prin definitia crizei si natura activitatii lui, lucratorul se focalizeaza numai pe un individ anume, cel care este subiectul crizei. Desi familia face parte din contextual in care criza apare, se desfasoara si se remite, interventia in criza este tintita doar pe subiectul purtator al crizei..


Pierderea
Doliul acut
Subiectul traieste intens doliul si este vazut in programul de criza; simptomele dureaza < 6 luni
Evaluare:
- Interviu nestructurat cu intrebari deschise
- Evaluarea sigurantei
Doliu necomplicat
- Incurajarea expresiei emotiilor,
- Validarea
- Strategii noi de coping
- Prezentarea resurselor si indrumarea consiliere
- Contracte de urmarire
Ideatie serioasa de suicid, cu intentie ± plan
- Intocmirea planului de siguranta
- Contacte de urmarire
Co-morbiditate:
- Depresie
- Anxietate
- PTSD
- Alcool/droguri
- Intocmirea planului de ingrijire
- Indrumarea la specialist
- Transferul responsabilitatii
- Contacte de urmarire

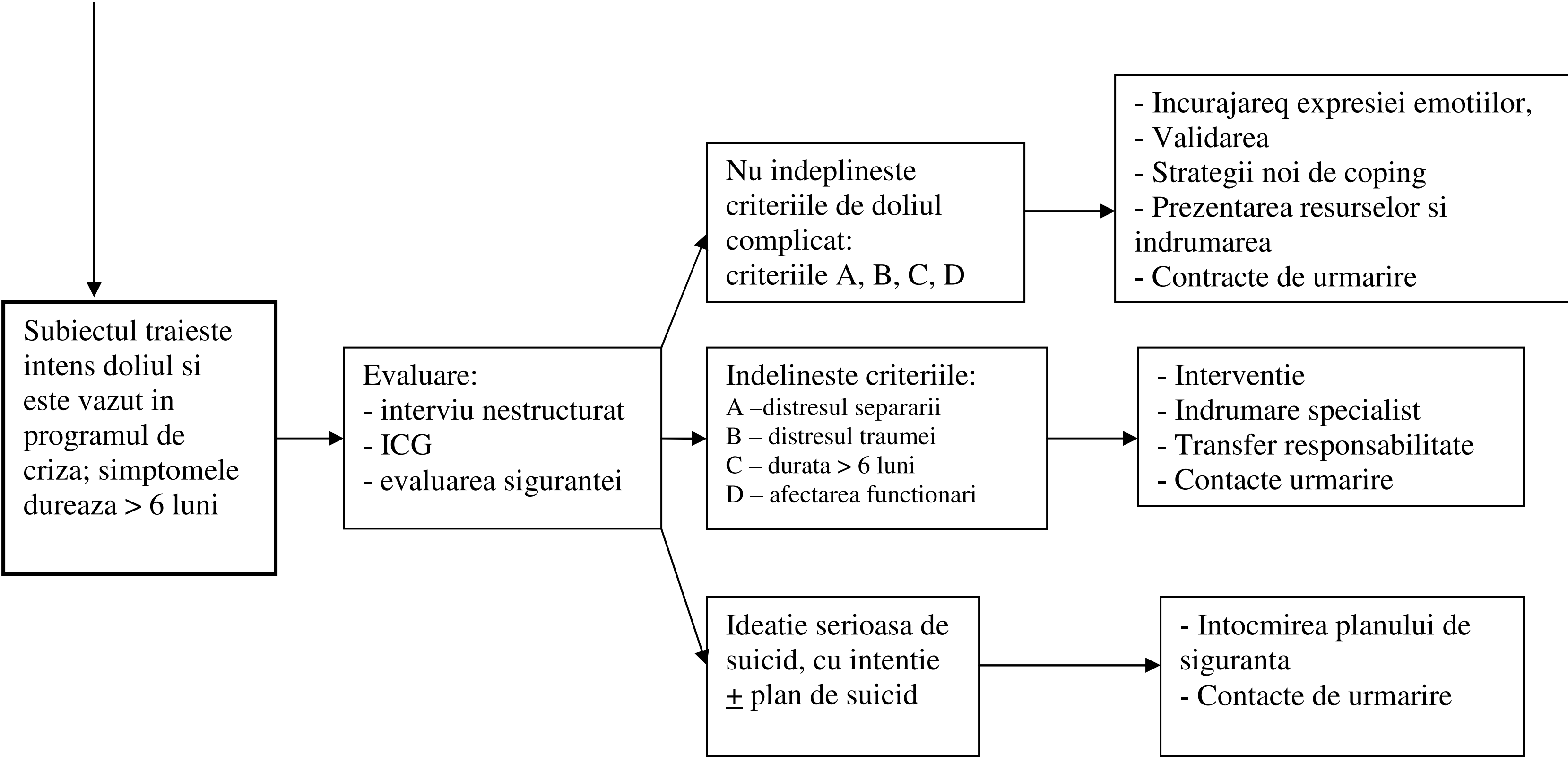


Diagrama Nr. 1: Algoritmul de evaluare si interventie in caz de doliu

Anexa Nr. 1:

Inventarul doliului complicat (*Inventory of Complicated Grief – Revised*)

Incerecuiti numarul din coloana din dreapta care descrie cel mai bine sentimentele pe care le traiti in ultimele luni. Locul gol din corpul intrebari se refera la persoana care a decedat.	
Section A	
1. Sunt obsedat de gandurile mortii ________ (pune numele persoanei).	1. Aproape niciodata (mai putin decat o data pe luna)
	2. Rar (lunar)
	3. Uneori (saptamanal)
	4. Adesea (zilnic)
	5. Tot timpul (de mai multe ori pe zi)
2. Ma simt atras de locurile si lucrurile asociate cu moartea _______ (pune numele perosanei).	1. Aproape niciodata (mai putin decat o data pe luna)
	2. Rar (lunar)
	3. Uneori (saptamanal)
	4. Adesea (zilnic)
	5. Tot timpul (de mai multe ori pe zi)
3. Mi-e dor tare de _______.	1. Nici un sentiment de dor sau lipsa
	2. Usor sentiment de dor
	3. Ceva dor
	4. Dor marcat
	5. Dor complesitor
4. Ma simt singur de cand a murit _______ .	1. Nu ma simt singur
	2. Rar ma simt singur
	3. Uneori ma simt singur
	4. Singuratate marcata
	5. Singuratate coplesitoare
Section B	
1. Trebuie sa fac ceva ca sa evit sa-mi amintesc ca _______ a murit.	1. Aproape niciodata (mai putin de o data pe luna)
	2. Rar (lunar)
	3. Uneori (saptamanal)
	4. Adesea (zilnic)
	5. Tot timpul (de mai multe ori pe zi)
2. Ma simt ca si cum viitorul nu are nici un sens si nu am nici un scop fara _______.	1. Nu
	2. Foarte rar
	3. Uneori
	4. Marcat
	5. Foarte intens, coplesitor
3. Ma simt ca anesteziat si detasat de viata de cand _______ a murit.	1. Nu
	2. Foarte rar
	3. Uneori
	4. Marcat
	5. Foarte intens, coplesitor
4. Ma simt socat, perplex si confuz de cand ____a murit.	1. Nu
	2. Foarte rar
	3. Uneori
	4. Marcat
	5. Foarte intens, coplesitor

5. Nu-mi vine sa cred ca _______a murit.	1. Aproape niciodata (mai putin de o data pe luna)
	2. Rar (lunar)
	3. Uneori (saptamanal)
	4. Adesea (zilnic)
	5. Tot timpul (de mai multe ori pe zi)
6. Simt ca viata e goala si fasa inteles fara _______.	1. Nu
	2. Foarte rar
	3. Uneori
	4. Marcat
	5. Foarte intens, coplesitor
7. Mi-e greu sa-mi imaginez viata fara _______.	1. Nu
	2. Foarte rar
	3. Uneori
	4. Marcat
	5. Foarte intens, coplesitor
8. Am senzatia ca o parte din mine a murit odata cu _____.	1. Nu
	2. Foarte rar
	3. Uneori
	4. Marcat
	5. Foarte intens, coplesitor
9. Simt ca decesul ________ mi-a schimbat felul cum privesc acum viata.	1. Nici o schimbare
	2. Foarte rar simt ca s-a schimbat
	3. Uneori simt ca s-a schimbat viziunea mea
	4. Schimbare marcata a viziunii mele despre viata
	5. Schimbare foarte mare a viziunii mele
10. Simt dureri sau am unele simptome sau caracteristici pe care le avea si _______ inainte sa moara.	1. Nu
	2. Foarte rar
	3. Uneori
	4. Marcat
	5. Foarte intens, coplesitor
11. Ma simt ostil si manios dupa moartea_____.	1. Nu
	2. Foarte rar
	3. Uneori
	4. Marcat
	5. Foarte intens, coplesitor
Section C	
Am avut sentimentele de mai sus sau unele din ele pentru mai mult de 6 luni.	1. DA
	2. NU
	3. Neplicabil – subiectul nu are nici unul din simptomele de mai sus
Section D	
Cred ca doliul meu a condus la afectarea felului cum lucrez, ma relationez cu oamenii, cum traiesc acasa si in alte domenii ale vietii mele in ultima luna.	1. Nici o afectare functionala
	2. Usoara afectare functionala
	3. Moderata afectare functionala
	4. Marcata afectare functionala
	5. Afectare completa a functionarii

Bibliografie:

Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S (1978): Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Altmaier EM (2011): Best practice in counseling grief and loss: Finding benefit from trauma, Journal of Mental Health Counseling, 33(1): 33-45.

Attig T (2004): Disenfranchised grief revisited: Discounting hope and love, Omega, 49(3): 197-215.

Becvar DS (2003): The impact on the family therapist of a focus on death, dying, and bereavement, Journal of Marital Family Therapy, 29: 469-478.

Boelen PA, van den Hout MA, van den Bout J (2006): A Cognitive-Behavioral Conceptualization of Complicated Grief, Clinical Psychology and Science Practice 13: 109-128.

Bowen M (1978): Family therapy in clinical practice, London: Aronson.

Bowlby J (1973): Attachment and Loss: Separation, Anxiety and Anger, Volume II. London: Hogarth Press.

Bryant RA (2010): Grief as a psychiatric disorder, British Journal of Psychiatry, 201: 9-10.

Burnett P, Middleton W, Raphael B, Martinek N (1997): Measuring core bereavement phenomena, Psychological Medicine, 27:49-57.

Clewell T (2004): Mourning beyond melancholia: Freud's psychoanalysis of loss, Journal of the American Psychoanalytic Association, 52 (1): 43-67.

Corruble E, Chouinard VA, Letierce A, Gorwood PA, Chouinard G (2009): Is DSM-IV bereavement exclusion for major depressive episode relevant to severity and pattern of symptoms? A case-control, cross-sectional study, Journal of Clinical Psychiatry, 70: 1091–1097.

DeSpelder LA, Strickland AL (2005): The last dance: Encountering death and dying (7th ed.). Boston: McGraw-Hill Ryerson.

Doka K (Ed.) (2002): Disenfranchised grief: New directions, challenges, and strategies for practice, Champaign, IL: Research Press.

Engel G (1961): Is grief a disease? A challenge for medical research, Psychosomatic Medicine, 23: 18-22.

Faschingbauer T, Zisook S, DeVaul R (1987): The Texas Revised Inventory of Grief, in S Zisook (Ed.): Biopsychosocial aspects of bereavement, Washington, DC: American Psychiatric Press.

Field N, Gao B, Paderna L (2005): Continuing bonds in bereavement: An attachment theory perspective, Death Studies, 29: 277-299.

Fisher Ph (2002): The Vehement Passions, Princeton University Press.

Foote CE, Frank AW (1999): Foucault and therapy: The disciplining of grief, in AS Chambon, A Irving, and I Epstein (Eds.): Reading Foucault for Social Work, New York: Columbia University Press.

Fraley RC, Shaver PR (1999): Loss and bereavement. Attachment theory and recent controversies concerning "Grief Work" and the nature of detachment, in J Cassidy and PR Shaver (Eds): Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications, New York: Guilford Press.

Fulton R, Gottesman DJ (1980): Anticipatory grief: A psychosocial concept reconsidered. British Jounral of Psychiatry, 137: 45-54.

Genevro JL, Marshall T, Miller T, Center for the Advancement of Health (2004): Report on bereavement and grief research. Death Studies, Special Issue: Report on Bereavement and Grief Research by the Center for the Advancement of Health, 28: 491-491.

Glick IO, Weiss RS, Parkes CM (1974): The first year of bereavement, New York: John Wiley & Sons.

Granek L (2010): Grief as pathology: The Evolution of Grief Theory in Psychology From Freud to the Present, History of Psychology 13 (1): 46–73.

Hogan NS, DeSantis L (1996): Basic constructs of a theory of adolescent sibling bereavement, in: D Klass, P Silverman, and S Nickman (Eds.). Continuing Bonds: New Understandings of Grief. Washington, DC: Taylor & Francis.

Hogan NS, Greenfield DB, Schmidt LA (2001): Development and validation of the Hogan Grief Reaction Checklist, Death Studies, 25: 1-32.

Hogan NS, Morse JM, Tason MC (1996): Toward an experiential theory of bereavement. Omega, 33(1): 43-65

Hogan NS, Schmidt LA (2002): Testing the grief to personal growth model using structural equation modeling. Death Studies, 26: 615-634.

Howarth RA (2011): Concepts and controversies in grief and loss, Journal of mental Health Counseling, 33(1):4-10.

Illouz E (2008): Saving the modern soul: Therapy, emotions, and the culture of self-help. Berkeley: University of California Press.

Jacobs SC, Kasl SV, Ostfeld AM, Berkman L et al. (1986): The measurement of grief: bereaved versus non-bereaved, Hospice Journal, 2: 21-36.

Janoff-Bulman R, Berg M (1998): Disillusionment and the creation of values, in JH Harvey (Ed.): Perspectives on loss, New York: Brunner/Mazel.

Kastenbaum RJ (1998): Death, Society, and Human Experience (6th ed.), Needham Heights, Massasusetts: Viacom.

Kenna J (1961) Biographical notes on the ten founding members, in Steinberg H. (Ed.): The British Psychological Society 1901-1961. Leicester: The British Psychological Society.

Klass D, Silverman PR, Nickman SL (Eds) (1996): Continuing Bonds: New Understandings of Grief, Philadelphia, PA: Taylor and Francis.

Klein M (1994): Mourning and its relation to manic-depressive states, in RV Frankiel (Ed.): Essential papers on object loss, New York: New York University Press.

Kübler-Ross E (1969): On death and dying, New York: Macmillan.

Lichtenthal WG, Cruess DG, Prigerson HG (2004): A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. Clinical Psychology Review, 24: 637–662.

Lindemann E (1944): Symptomatology and management of acute grief, American Journal of Psychiatry, 101: 141-148.

Mallon B (2008): Dying, Death and Grief: Working with Adult Bereavement, London: Sage.

Middleton W, Raphael B, Martinek N, Misso V (1993): Pathological grief reactions, in M Stroebe, W Stroebe, RO Hansson (Eds.): Handbook of bereavement: Theory, research and intervention, New York: Cambridge University Press.

Moules NJ, Simonson K, Fleiszer AR, Prins M, Glasgow B (2007): The soul of sorrow work: Grief and therapeutic interventions with families, Journal of Family Nursing 13(1): 117-141.

Neimeyer RA (1999): Narrative strategies in grief therapy. Journal of Constructivist Psychology, 12: 65-85.

Neimeyer RA (2001): Traumatic loss and the reconstruction of meaning, Innovation in End-Life Care, 3(6):1-10.

Neimeyer RA, Botella L, Herroro O, et al (2002a): The meaning of your absence: Traumatic loss and narrative reconstruction, in J Kauffman (Ed.): Loss of the assumptive world: A theory of traumatic loss, London: Brunner-Routledge.

Neimeyer RA, Prigerson HG, Davies B (2002b): Mourning and meaning, American Behavioral Scientist, 46(2): 235-251.

Parkes CM (1964): Effects of bereavement on physical and mental health: A study of the medical records of widows, British Medical Journal, 2(5404): 274-279.

Parkes CM (1965): Bereavement and mental illness? A classification of bereavement reactions, British Journal of Medical Psychology, 38: 13-26.

Parkes CM (1972): Bereavement: Studies of Grief in Adult Life. NY: International Universities Press, Inc.

Parkes CM (1998): Bereavement in adult life. British Medical Journal. .316(7134): 856-859.

Parkes CM (2002): Grief: Lessons from the past, visions for the future. Death Studies, 26: 367-385.

Prigerson H, Bierhals A, Kasl S, Reynolds C et al. (1996): Complicated grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: A replication study. American Journal of Psychiatry, 153: 1484–1486.

Prigerson HG, Bridge J, Maciejewski PK et al.(1999): Influence of traumatic grief on suicidal ideation among young adults. American Journal of Psychiatry, 156:1994-1995.

Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, Parkes CM, et al. (2009): Prolonged grief disorder: psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11, PLoS Mededicine, 6(9): e1000121.

Prigerson HG, Jacobs SC (2001a): Caring for bereaved patients, Journal of the American Medical Association, 286: 1369-1376.

Prigerson HG, Jacobs SC (2001b): Diagnostic criteria for traumatic grief, in MS Stroebe, RO Hansson, W Stroebe, H Schut (Eds.): Handbook of bereavement research, Washington, DC: American Psychological Association.

Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF, Bierhals AJ, et al. (1995): Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss, Psychiatry Research, 59: 65-79.

Rando T (2000): Clinical dimensions of anticipatory mourning: theory and practice in working with the dying, their loved ones and their caregivers, Champaign, IL: Research Press.

Reynolds CF, Miller MD, Pasternak RE, Frank E et al (1999): Treatment of bereavement-related major depressive episodes in later life, American Journal of Psychiatry, 156: 202-208.

Rothaupt JW, Becker K (2007): A literature review of western bereavement theory: From decathecting to continuing bonds, The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families, 15(1): 6-15.

Sanders CM, Mauger PA, Strong PA (1985): A Manual for the Grief Experience Inventory, Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Selby S (2007): Disenfrachised grievers: The GP's role in management, Australian Family Physician, 36(9):768-770.

Shear MK, Mulhare E (2008): Complicated grief, Psychiatric Annals, 39: 662-670.

Shear MK, Simon N, Wall M, Zisook S, Neimeyer et al. (2011): Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. Depression and Anxiety, 28: 103–117

Silverman GK, Johnson JG, Prigerson HG (2001): Preliminary explorations of the effects of prior trauma and loss on risk for psychiatric disorders in recently widowed people, Israel Journal of Psychiatry, 38: 202-215.

Silverman PR, Nickman SL, Worden JW (1992): Detachment revisited: the child's reconstruction of a dead parent, American Journal of Orthopsychiatry,62(4): 494-503.

Stroebe M, Gergen MM, Gergen KJ, Stroebe W (1992): Broken hearts or broken bonds: Love and death in historical perspective, American Psychologist, 47(10): 1205-1212.

Stroebe M, Schut H (1999): The dual process model of coping with bereavement: rationale and description, Death Studies 23(3): 197-224.

Stroebe M, Stroebe W, Schut H, Zech W, van den Bout J (2002): Does disclosure of emotions facilitate recovery from bereavement? Evidence from two prospective studies, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70: 169-178.

Stroebe M, van Son M, Stroebe W, Kleber R, Schut H, van den Bout J (2000): On the classification and diagnosis of pathological grief, Clinical Psychology Review, 20(1): 57–75.

Szanto K, Shear MK, Houck PR et al. (2006): Indirect self-destructive behavior and overt suicidality in patients with complicated grief. Journal of Clinical Psychiatry 67: 233-239.

Valentine C (2006): Academic constructions of bereavement, Mortality, 11(1): 57-78.

Walter T (1996): A new model of grief: bereavement and biography, Mortality, 1(1): 7-25

Weaver J (2010): Narratives from Grief Counseling: Client Perspectives on Effective Interventions and Strategies for Recovery, Counselor Education Master's Theses, Paper 112, The College at Brockport: State University of New York.

Welshons J (2002): Awakening from grief, Open Heart Publication, NJ.

Wheeler-Roy S, Amyot BA (2004): Grief counseling resource guide: A field manual, New York: Office of Mental Health

Wolfelt AD (1998): Companioning versus treating: Beyond the medical model of bereavement caregiving, Past 3rd, The Forum Newslatter, Association of Death Education and Counseling.

Worden JW (2002): Grief Counseling and Grief Therapy (3rd ed.), NY: Springer Publishing.

Wright RM, Hogan NS (2008): Grief theories and models: Applications to hospice nursing practice, Journal of Hospice and Palliative Nursing, 10(6): 350-356.

Zisook S, Shuchter SR (2001): Treatment of the depressions of bereavement, American Behavioral Scientist, Special Issue: New Directions in Bereavement Research and Theory, 44: 782–792.